N° 1 L'UNION MÉDICALE Mardi 3 Janvier 1893.

Sommaire

Le progrès scientifique marche depuis un demi-siècle avec une rapidité si grande que la presse médicale a quelque peine à le suivre.

Elle est obligée de subir les transformations qu'il lui impose, sous peine de s'attarder et de ne plus répondre à ce besoin d'exactitude, d'actualités et d'informations rapides que nulle profession ne ressent au même degré que la nôtre.

L'*Union médicale*, tout en restant fidèle aux doctrines et aux traditions qui lui ont valu quarante-cinq années de succès, ne peut rester en dehors de ce mouvement général et doit le suivre.

Depuis la fondation de ce journal, la médecine a changé de face. Elle est entrée dans une voie nouvelle avec les doctrines contemporaines. La précision et la clarté des faits expérimentaux ont remplacé les anciennes conceptions plus ou moins théoriques. L'atténuation des virus lui permet d'entrevoir une prophylaxie prochaine et les créations de la chimie moderne ont mis à sa disposition des substances dont l'énergie nous épouvante parfois, mais qui n'en sont pas moins de véritables conquêtes.

A l'époque à laquelle nous nous reportons, l'hygiène, à l'état embryonnaire, n'était représentée dans l'enseignement que par un cours théorique suivi par de rares auditeurs, et, pour la faire entrer à l'Académie, il avait fallu lui annexer la médecine légale. Aujourd'hui, elle a sa littérature à elle, son enseignement pratique, ses laboratoires, et il faudra bientôt agrandir les amphithéâtres pour qu'elle puisse s'y trouver à l'aise.

Lorsque l'*Union médicale* s'est fondée, l'anesthésie venait de naître et cette brillante conquête allait imprimer à la chirurgie un nouvel essor; mais elle s'arrêtait hésitante devant les déplorables résultats de ses opérations. Aujourd'hui, son audace ne connaît plus de bornes. Chaque jour, elle fait un pas nouveau vers la médecine, et toutes deux, par une alliance plus intime, reconstituent l'unité de l'art de guérir telle qu'Hippocrate l'avait conçue, mais en la faisant reposer sur les bases indestructibles de l'observation et de l'expérience.

Grâce à cet heureux concours, la liste des maladies dites incurables diminue chaque jour, et nous ne savons plus où s'arrêtera cette marche en avant, la plus surprenante, la plus admirable que la médecine ait vue depuis ses premiers âges.

L'*Union médicale* a observé ces faits avec une sollicitude dont ses lecteurs lui savent gré, et, pour rester fidèle à ses traditions, elle va faire un nouvel effort. Ce n'est cependant pas une révolution que l'année 1893 apportera dans sa rédaction, c'est une simple évolution vers l'actualité et le progrès, une orientation plus accentuée vers l'hygiène, la thérapeutique médicale et chirurgicale, les intérêts professionnels.

Les comptes rendus des Sociétés savantes seront faits avec un redoublement d'exactitude; ils paraîtront à jour fixe. Les publications françaises et étrangères de quelque importance seront analysées au moment de leur apparition.

Seul survivant des anciens fondateurs, notre cher gérant s'est occupé jusqu'ici des intérêts du journal auquel son nom est attaché. Mais une longue et cruelle maladie le tient éloigné depuis un an de la direction de nos affaires, et nous oblige à lui en épargner le souci.

La direction du journal reste à M. le docteur L.-Gustave Richelot, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Les fonctions de rédacteur en chef sont confiées à M. le docteur Eugène Rochard, ancien chef de clinique chirurgicale, dont l'activité et la compétence sont à la hauteur d'une tâche bien souvent délicate et ardue.

Le comité de rédaction est composé de MM. Jules Rochard, Grancher, Hallopeau, Landouzy, Comby et Le Gendre. Toujours ouvertes aux inspirations de ces maîtres, nos colonnes contiendront un reflet de leur enseignement.

L'administration est entre les mains habiles de M. Octave Doin, éditeur, dont l'expérience bien connue nous est un sûr garant de la prospérité matérielle de notre œuvre.

Nous prions les Directeurs des Journaux et Revues, qui font l'échange avec l'*UNION MÉDICALE*, de vouloir bien, à partir d'aujourd'hui, envoyer leurs publications, non plus rue Grange-Batelière, n° 11, mais chez M. le docteur E. Rochard, 16, rue de Berlin, rédacteur en chef à partir du 1er janvier 1893.

LE JUBILÉ DE M. PASTEUR.

Je suis bien en retard pour rendre compte de la fête de mardi dernier. Tous les journaux scientifiques l'ont déjà racontée, mais les circonstances n'ont pas permis que cet article parût plus tôt et je m'en suis consolé. Je tiens beaucoup moins, en effet, à décrire l'émouvante cérémonie du 27 décembre qu'à rendre un nouvel hommage à la personne et aux travaux de l'illustre savant qui veut bien m'honorer de son amitié. Cependant, cette cérémonie m'a trop profondément ému pour que je ne tienne pas à en dire quelques mots à mon tour. Bien qu'elle ait été improvisée, elle a eu le succès le plus complet, parce que tout le monde y a mis du sien. Le temps lui-même s'est mis de la partie. Dès neuf heures et demie, la foule assiégeait le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Elle est splendide cette salle nouvelle et digne de ce grand centre d'enseignement. La décoration en est simple, élégante, artistique. L'acoustique y est si parfaite que j'ai pu tout entendre du haut de la tribune où j'ai été bien heureux de trouver une place, les membres de l'Académie de médecine, ainsi que ceux du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine ayant été oubliés lors de l'envoi des invitations.

Elle est malheureusement un peu sombre. On avait quelque peine à distinguer, à travers le demi-jour d'une matinée d'hiver, les hommes d'Etat, les hauts fonctionnaires qui venaient, les uns après les autres, prendre sur l'estrade les places qui leur étaient réservées. C'est à peine si dans cette pénombre on reconnaissait les palmes vertes de l'Institut, les broderies oranges de l'Académie de médecine, quelques rares uniformes et quelques

grands-cordons de la Légion d'honneur. En revanche, dans l'hémicycle, on apercevait sans peine le groupe éclatant des robes rouges de la Faculté.

L'amphithéâtre s'est rempli peu à peu, sans bruit, sans confusion, sans désordre. A dix heures et demie, toutes les places étaient occupées. C'est alors que la musique de la garde républicaine s'est fait entendre, annonçant le cortège officiel et, après quelques minutes d'un silence qui n'était pas sans émotion, le Président de la République est apparu donnant le bras à M. Pasteur, suivi des ministres et des hauts fonctionnaires du gouvernement. Leur entrée a été saluée par un tonnerre d'applaudissements, et uue nouvelle salve a salué M. Pasteur lorsqu'il est venu, lentement, appuyé sur le bras de son fils, prendre le fauteuil qui l'attendait et devant lequel se trouvait une table destinée à recevoir les adresses qu'on allait lui offrir et qui s'est bientôt trouvée trop petite pour les contenir toutes.

Les discours ont alors commencé. Le Ministre de l'instruction publique, le Président et le Secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, MM. Daubrée et Lister, le Secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine et le Président du Conseil municipal ont tour à tour pris la parole Tous les journaux politiques et tous les organes de la presse scientifique ont inséré ces discours dans leurs colonnes. Ce serait une superfétation que de les reproduire si tardivement, et il y aurait de ma part quelqu'inconvenance à les apprécier. Ce que je puis dire, sans manquer à cette réserve, c'est qu'ils ont été d'une parfaite convenance et ce n'est pas un mince mérite en pareil cas. Tous les orateurs ont su prendre et garder le ton qui convenait à leur situation, à leur caractère et à la circonstance. On nous avait annoncé des discours académiques qui devaient se prolonger fort avant dans la journée et la cérémonie tout entière n'a duré qu'une heure et demie.

L'auditoire a su garder la même mesure dans ses manifestations. Les applaudissement ont été nuancés avec un tact parfait, et cela fait honneur à la jeunesse des Ecoles qui en donnait le signal. J'ai surtout été touché de l'enthousiasme avec lequel elle a salué le professeur Lister. J'ai applaudi comme les autres et j'étais heureux de sentir mon cœur battre à l'unisson de ces cœurs de vingt ans. C'est l'antisepsie chirurgicale que nous acclamons dans la personne de Lister, l'antisepsie la première et la plus belle des conquêtes inspirées par les découvertes de M. Pasteur, et bien nous en a pris d'applaudir son inventeur, car il a eu la touchante modestie de ne pas dire un mot de sa personne ni de ses travaux.

Après ces discours, la partie la plus émouvante de la cérémonie a commencé. A l'appel de M. Bertrand, les délégués des principales Sociétés savantes de l'Europe sont venus tour à tour s'incliner devant M. Pasteur et lui remettre les adresses, les diplômes, les médailles que leurs concitoyens les avaient chargés de lui offrir.

Trente-cinq Sociétés ont ainsi passé devant lui, aux applaudissements de toute la salle. Ce défilé, d'une simplicité grandiose, nous rappelait les cérémonies publiques de l'antiquité. Je ne crois pas que jamais savant ait été l'objet d'une ovasion pareille. La réunion de famille qu'on avait projetée s'est changée en une fête nationale à laquelle tous les grands corps de l'Etat ont pris part, où toutes les nations de l'Europe ont tenu à honneur de se faire représenter. Les savants des autres parties du monde n'ont pas eu le temps de venir.

Nous craignions pour M. Pasteur les émotions de cette belle journée. Malgré ses efforts pour en triompher, nous l'avons vu à deux reprises baisser la tête, et nous avons senti couler ses larmes; c'est quand on a évoqué le souvenir de sa famille et de son enfance; mais de pareilles joies ne sont pas malsaines et notre illustre compatriote ne s'en est pas ressenti. Il me reste à dire un mot des découvertes qui lui ont valu cette ovation et cette gloire.

Depuis huit jours, son nom et ses travaux occupent l'opinion publique; tout semble avoir été dit sur leur compte; mais quand il s'agit d'un savant comme lui, on peut laisser passer les moissonneurs dans le champ de ses découvertes, avec la certitude d'y trouver encore largement à glaner après eux.

Ce qui frappe surtout dans l'ensemble de ses travaux, c'est l'esprit de suite, la persévérance et la logique qui en ont dirigé le cours. La plupart des découvertes scientifiques sont dues au hasard ou à quelque bonne fortune expérimentale; on ne rencontre rien de semblable dans l'œuvre de M. Pasteur. Depuis le jour où la lecture d'une note de Mitscherlich le conduisit à étudier les lois de la dissymétrie moléculaire et lui fit entrevoir la ligne de démarcation qui sépare, en chimie, la nature morte de la nature vivante, jusqu'à l'heure de ses dernières découvertes et de leurs applications les plus hardies, tout se tient, tout s'enchaîne. Un fait scientifique démontré conduit à un autre, et la série se déroule dans son incomparable grandeur.

Dans les sciences, me disait-il un jour, il faut nécessairement partir d'une hypothèse; l'essentiel, le difficile c'est de ne pas s'y entêter. Il ne faut pas, comme le font certains savants, chercher dans les expériences la justification quand même d'une idée préconçue; il faut avoir le courage de renoncer à la théorie la plus séduisante lorsqu'elle est démentie par les faits. M. Pasteur a vingt fois donné l'exemple de cette force d'âme; aussi, s'il a pu connaître parfois les hésitations, il n'a jamais fait fausse route. Quelque désir que j'aie d'abréger cette note, je ne puis renoncer au plaisir de suivre le fil conducteur qui l'a guidé dans le cours de ses travaux.

La dissymétrie moléculaire l'avait jeté, comme je l'ai dit, sur le terrain des fermentations. Après avoir fait justice de la théorie de Liebig, de la force catalytique de Berzélius et démontré que toutes les fermentations sont accomplies par des êtres vivants, il se trouva acculé contre la question des générations spontanées. Biot et Dumas le conjuraient de ne pas s'aventurer sur ce terrain redoutable; mais il ne pouvait pas reculer, il lui fallait briser cet obstacle qu'il rencontrait sur sa route. Il avait vu, dans ses expériences, se produire des fermentations dont les germes n'avaient pu venir que de l'atmosphère, il fallait les y découvrir et les montrer à tout le monde. Le savant se mit à l'œuvre, et je ne crois pas que jamais la méthode expérimentale ait produit des résultats plus lumineux, plus brillants, plus démonstratifs que ceux qu'il obtint dans cette circonstance.

Spallanzani, Schulze, Schwann avaient prouvé que l'air atmosphérique est indispensable au développement des infusoires et qu'il ne peut pas en produire lorsqu'il a passé par un tube chauffé au rouge, ou à travers de l'acide sulfurique; mais on avait contesté l'exactitude et la portée de leurs expériences. M. Pasteur s'y prit autrement. Il remplit une série de ballons

avec une infusion très sensible, les fit bouillir et en ferma le col à la lampe d'émailleur. Alors, il prouva que ces ballons restaient indéfiniment stériles quand on les conservait en cet état, mais qu'il suffisait d'en détacher le col d'un coup de lime pour voir l'air s'y précipiter et les infusoires y apparaître. Il montra que la production de ces derniers n'était pas due à l'oxygène de l'air, mais bien à des corps solides tenus en suspension, attendu qu'il lui suffisait d'incurver le col de ses matras ou de le boucher avec un tampon d'ouate, pour empêcher la vie de se manifester au sein des liquides qu'ils renfermaient.

Il serait trop long de raconter les luttes qu'il eut à soutenir pour faire prévaloir la vérité, les expériences de plus en plus ingénieuses qu'il lui fallut imaginer pour la faire briller à tous les yeux. La lumière se fit enfin éclatante, indéniable, et l'Institut déclara, par l'organe de son secrétaire Flourens, que la question était jugée, *que la génération spontanée n'existait pas.*

Il était donc à tout jamais démontré que l'atmosphère est aussi peuplée que la mer, qu'elle renferme les innombrables germes de tout un monde d'infiniment petits, que toute fermentation, que toute décomposition de matière organique est leur œuvre, qu'ils sont les agents de la destruction qui s'opère dans le monde entier pour compenser la création incessante qui s'y produit, en rendant au règne inorganique les éléments que la vie leur avait momentanément empruntés.

Une pareille découverte suffirait assurément pour immortaliser un savant; ce n'était pourtant que le prologue de la vie scientifique de M. Pasteur et son inflexible logique devait le conduire bien plus loin.

Il y avait, en médecine, une superstition vieille de deux mille ans, maintes fois reprise par des précurseurs de génie, mais que les savants officiels n'avaient jamais prise au sérieux. Elle consistait à attribuer les maladies épidémiques à la présence de petits êtres vivants. Un médecin eut certainement hésité à rajeunir cette vieillerie. Raspail l'avait tenté il y a bientôt cinquante ans et n'avait réussi qu'à attirer sur elle et sur lui les sarcasmes de ses contemporains, mais cela n'était pas pour arrêter M. Pasteur. Du moment où toutes les décompositions de la matière morte étaient l'œuvre des *microbes*, il n'y avait pas de raison pour qu'ils n'accomplissent pas le même travail dans les êtres vivants. L'analogie des fermentations avec les phénomènes qui se produisent dans les maladies infectieuses était évidente. Elle avait été traduite, dans le langage vulgaire, par les expressions imagées de *ferments morbides* de *levains*, etc., et consacrée scientifiqnement par le terme plus récent de maladies *zymotiques*; mais il fallait trouver l'agent animé de ces maladies, et c'est là que commence la nouvelle série des travaux de M. Pasteur.

Davaine, le premier, avait vu le microbe du charbon, la *bactéridie* charbonneuse, et il en avait compris la signification, mais il n'avait pas été au-delà. M. Pasteur reprit cette étude; il suivit cette bactéridie dans toutes les phases de son développement, de sa reproduction et de ses pérégrinations à travers le corps des animaux. Cette étude est aujourd'hui complète, il n'y reste pas un point obscur. Il a fait de même pour le choléra des poules, pour la maladie des vers à soie, etc., etc. Grâce à sa méthode des cultures, il a pu isoler les microbes, les retirer de l'organisme pour suivre,

dans ses appareils, le progrès de leur prodigieuse multiplication; il les a fait évoluer dans le corps des animaux, il a tracé les lois de ce monde nouveau découvert par son génie. D'autres sont venus après lui qui ont trouvé de nouveaux microbes, et le cercle des maladies qui leur sont dues va s'élargissant de jour en jour. Il en est encore dont on n'a pu découvrir les germes, et ce sont les plus terribles. La peste et la fièvre jaune ne nous ont pas encore livré leur secret; il n'attend peut-être, pour se révéler, que des instruments d'optique plus puissants ou quelque matière colorante nouvelle qui leur permettra d'apparaître, comme celle qui a rendu visible le bacille de la tuberculose.

En attendant, la doctrine repose sur des bases inébranlables et elle a déjà produit de merveilleux résultats. Sous son impulsion, l'hygiène a pris un essor jusqu'alors inconnu. Elle a remplacé les données vagues sur lesquelles elle reposait par des notions certaines. La prophylaxie des maladies infectieuses a changé de face. Une chirurgie nouvelle est venue émerveiller le monde par ses prodigieux résultats. L'antisepsie et l'asepsie chirurgicales, filles des doctrines pastoriennes, ont chassé l'infection purulente des hôpitaux et la fièvre puerpérale des maternités. La mortalité à la suite des opérations a diminué dans des proportions invraisemblables et donné à la médecine opératoire une sécurité qui permet toutes les hardiesses et qui excuse bien des témérités Si toutes les personnes auxquelles cette méthode a sauvé la vie avaient pu venir mardi joindre le témoignage de leur reconnaissance aux hommages des savants, il n'y eût pas eu, dans le monde entier, de salle assez vaste pour les contenir.

J'arrive à la dernière phase de cette merveilleuse carrière scientifique, à celle qui a le plus fait pour la gloire du savant et qui l'a rendu populaire, parce qu'elle s'est traduite par des résultats plus visibles. C'est la même rigueur de déduction qui l'y a conduit. L'atténuation des virus était la conséquence logique de l'étude de leur évolution; mais c'est un éclair de génie qui en a révélé la portée, lorsqu'il a posé en principe que la découverte de Jenner n'est qu'un cas particulier d'une loi générale, que toutes les maladies microbiennes comportent le même mode de prophylaxie, qu'il suffit d'en atténuer les virus et de les inoculer sous cette forme pour rendre l'organisme réfractaire à l'atteinte ultérieure des maladies dont ils sont le germe.

M. Pasteur l'a d'abord prouvé pour le charbon. La place me manque pour dire comment il y est parvenu, j'aime mieux rappeler la journée du 5 mai 1881, où il en a fourni la démonstration éclatante devant une réunion d'agriculteurs, de savants, d'administrateurs et de journalistes. Deux troupeaux se trouvaient en présence : l'un qui avait subi l'inoculation préventive, l'autre qui servait de témoin. Tous deux avaient reçu ensuite le virus le plus violent. Au jour dit, les 31 animaux vaccinés étaient bien portants, les 28 témoins étaient morts. A partir de ce moment, la vaccination anticharbonneuse est entrée dans la pratique et s'est répandue dans le monde entier. Onze années se sont écoulées depuis et des troupeaux sans nombre ont été préservés, et la découverte de M. Pasteur a fait gagner plus d'un milliard à l'agriculture.

La vaccination anti-rabique a été le dernier terme de cette série de découvertes dont nous n'avons cité que les principales. C'est la première

application de la méthode à l'espèce humaine. Elle a procédé, suivant d'autres principes et dans d'autres conditions que les précédentes; mais elle a été couronnée du même succès. Des instituts rabiques se sont formés dans le monde entier sur le modèle de celui de la rue Dutot, et la mort après morsure, qui s'élevait jadis à 10 ou 15 p. 100, n'est plus que de 0,88.

Je n'ai pas eu, il est inutile de le dire, la pensée de faire, dans les pages qui précèdent, l'exposé complet des découvertes de M. Pasteur; j'ai voulu montrer seulement de quelle façon cette chaîne s'est déroulée, sans qu'un anneau se soit brisé, et justifier l'admiration que m'a toujours inspirée son auteur. Le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences s'est fait l'interprète du sentiment de l'assistance entière lorsqu'il a terminé son discours par ce jugement que la postérité ratifiera : Monsieur Pasteur, vous n'êtes pas seulement un grand et illustre savant, vous êtes un grand homme.

Jules Rochard.

ESSAI DE TRAITEMENT DIRECT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LES INJECTIONS INTERSTITIELLES DE CHLORURE DE ZINC

Par le docteur Jules Comby, médecin de l'hôpital Tenon.

M. le professeur Lannelongue a institué un traitement des tuberculoses chirurgicales qui paraît très efficace et qui, dans certains cas, abrège de beaucoup la durée des maladies, quand elle n'évite pas aux malades des mutilations plus ou moins sérieuses.

Cette méthode nouvelle, dite *méthode sclérogène*, consiste à provoquer, autour des tubercules, un travail inflammatoire qui les emprisonne et s'oppose à leurs progrès.

M. Lannelongue s'est servi, dans ce but, d'une solution de chlorure de zinc à 1 p. 10 qui, injectée à la dose de quelques gouttes, détermine une réaction très vive, une diapédèse de leucocytes et, finalement, une sclérose protectrice qui hâte la guérison. J'ai voulu essayer, dans quelques cas bien déterminés de tuberculose pulmonaire, la méthode de M. Lannelongue.

Vous savez tous combien décourageants sont, dans nos hôpitaux civils, les résultats du traitement des phtisiques. Aucun progrès notable n'a été réalisé depuis Laënnec dans la cure de ces malheureux qui, aujourd'hui comme par le passé, encombrent les services hospitaliers.

La thérapeutique de la phtisie pulmonaire, dans les conditions où nous nous trouvons, est ingrate, compliquée, incertaine, pour ne pas dire nulle, et nous serions trop heureux d'entrer en possession d'une méthode directe analogue à celle dont la chirurgie a bénéficié, grâce à la découverte de M. Lannelongue. Cette méthode, je n'ai pas la présomption de la connaître et de la présenter aujourd'hui, je veux simplement attirer l'attention sur un essai timide auquel je me suis livré. Ce que j'apporte est peu de chose, mais d'autres trouveront peut-être, dans cette voie, des acquisitions plus importantes.

J'aborde l'exposé des faits.

PREMIER CAS. — Un jeune homme de 26 ans, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital Tenon (salle Pidoux, n° 10), le 21 février 1892, avec des signes de pneumonie au sommet droit : matité, augmentation des vibrations vocales, souffle, râles sous-crépitants. Le malade tousse depuis un mois et garde le lit depuis quinze jours. Il ne crache pas. Le thermomètre marque 40°, dans le rectum, le soir de l'entrée à l'hôpital, s'abaisse à 39° le lendemain, et oscille entre 39° et 38° les jours suivants. Cinq semaines après, au moment de la sortie du malade, la température rectale ne dépasse pas 37°.

Le poumon gauche nous a paru absolument sain; tandis que le sommet droit, sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, présentait de la matité, du souffle, des râles bullaires, la respiration semblait naturelle sous la clavicule gauche et dans les fosses sus et sous-épineuses du même côté.

Le diagnostic est ainsi formulé : broncho-pneumonie tuberculeuse du sommet du poumon droit.

Le 2 mars, on applique des pointes de feu sous la clavicule droite. Devant la persistance des signes physiques, l'état général restant bon et l'appétit étant conservé, je prends la résolution d'agir directement sur le foyer morbide.

Le 10 mars, avec le consentement du malade, et après avoir lavé et aseptisé la peau (savonnage, lotions au sublimé à 1 p. 1,000), j'injecte trois gouttes de chlorure de zinc à 1 p. 50 dans le poumon droit, au niveau du deuxième espace, sous la clavicule, à égale distance du bord axillaire et du sternum. Je me suis servi de la seringue de Straus-Colin. L'injection ne provoqua pas la moindre sensation douloureuse ni immédiatement ni consécutivement. Toutefois, le malade rendit, le lendemain, quelques crachats striés de sang.

Le 12 mars, nouvelle injection de quatre gouttes d'une solution plus forte de chlorure de zinc (1 p. 40). Même tolérance que la première fois.

Le 15 mars, les signes physiques sont favorablement modifiés : il n'y a plus de souffle en avant, mais seulement des craquements secs. En arrière, mêmes craquements, léger souffle à l'angle supérieur de l'omoplate.

Etat général excellent.

Le 17 mars, injection de quatre gouttes d'une solution encore plus forte de chlorure de zinc (1 p. 30), au niveau du premier espace intercostal droit, en avant. Pas de réaction fâcheuse, pas d'oppression, pas de douleur, pas d'expectoration.

L'état général est très bon, le malade a de l'appétit, il se lève, il marche sans essoufflement.

Le 22 mars, quatrième injection intra-pulmonaire de trois gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1 p. 30, au niveau du deuxième espace intercostal droit, en avant.

Le 24 mars, cinquième injection d'une solution plus forte (deux gouttes de la solution à 1 p. 20) dans le troisième espace intercostal droit, en arrière, entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale.

Le 26 mars, sixième injection, au même niveau, de trois gouttes de la solution au vingtième.

Ces dernières injections ont été aussi bien tolérées que les précédentes. Il m'a semblé que, sous l'influence de cette thérapeutique, le souffle postérieur avait disparu et que les craquements avaient diminué.

Je n'ai pu d'ailleurs réitérer mes tentatives, le malade étant sorti de l'hôpital très amélioré, quoique non guéri.

En résumé, cet homme a reçu, dans l'espace de seize jours, six injections intra-pulmonaires de chlorure de zinc, la première à 1 p. 50, la seconde à 1 p. 40, les deux suivantes à 1 p. 30, et les deux dernières à 1 p. 20. J'estime que, pour le poumon, il ne serait pas prudent de dépasser ce titre et de tenter, comme on le fait en chirurgie, les injections de chlorure de zinc à 1 p. 10.

Aucun inconvénient pour le malade n'est résulté de cette pratique; bien au contraire, je crois qu'il en a bénéficié et je regrette qu'il n'ait pas cru devoir se soumettre plus lontemps à la thérapeutique que je lui avais proposée.

Deuxième cas.—Un homme de 47 ans, homme de peine, entre à l'hôpital Tenon, salle Pidoux n° 12, le 25 mars 1892. Son père, qui toussait, est mort à 42 ans, sa mère est morte en couches à 36 ans. A 24 ans, notre malade a eu une fièvre typhoïde, pour laquelle il a fait un séjour de trois mois à l'hôpital de la Pitié. Il s'enrhume facilement depuis quelques années, mais il n'a jamais été arrêté par ces indispositions. Il n'est pas alcoolique.

Le 25 mars, il est pris, sans prodromes, à l'improviste, d'une hémoptysie abondante qui le détermine à entrer le soir même à l'hôpital.

Quand nous l'examinons, le lendemain, l'hémoptysie s'est arrêtée spontanément; nous trouvons un homme de bonne mine, sans fièvre (36°6); il est petit et présente des traces de rachitisme : cyphose à grand rayon, exagération de la courbure des tibias et de la clavicule gauche. Pas de toux, pas d'expectoration. L'examen le plus attentif de la poitrine ne révèle que des râles sibilants disséminés et peu nombreux. Pas de submatité, pas de craquements aux sommets.

Done, hémoptysie initiale abondante, unique, absolument apyrétique. Notre homme reste ainsi sans fièvre, sans signes de tuberculose avérée, sans nouvelle hémoptysie pendant huit jours.

Le 1er avril, il est réveillé, vers cinq heures du matin, par de picotements à la gorge, et il crache du sang en abondance pendant deux heures. Ce sang était rouge, spumeux, remplissant le crachoir. Le soir, la température rectale est de 38°; elle tombe à 36°8 le lendemain matin, pour monter à 39°6 le soir, et se maintenir pendant huit jours entre 38° et 38°7; elle ne redescend à 37° que le 8 avril.

La seconde hémoptysie, survenue à l'hôpital huit jours après la première, a donc entraîné avec elle un mouvement fébrile assez accusé et assez durable.

Pendant cette seconde poussée, traitée par la glace, le repos, les ventouses, l'ergotine, l'auscultation ne permit de constater que des râles disséminés, ronflants et sibilants.

Vers le 1er mai seulement, alors que tout était apaisé, nous avons pu constater, sous la clavicule droite, quelques légers craquements secs.

En présence d'une localisation aussi limitée, aussi précoce, de la tuberculose pulmonaire, en présence de l'intégrité du poumon opposé, j'ai pensé qu'on pouvait tenter avec quelque espoir une médication directe.

Le 9 mai, je fis, au niveau du point où l'oreille percevait des craquements, dans le deuxième espace intercostal droit, une injection de chlorure de zinc à 1 p. 20 (trois gouttes). Le malade n'accusa aucune douleur.

Le 12 mai, deuxième injection avec quatre gouttes de la même solution; cette fois, l'injection fut suivie de quelques accès de toux.

Le 19 mai, troisième injection avec trois gouttes de la solution à 1 p. 20.

Le 25 mai, quatrième injection au même niveau, avec trois gouttes de la même solution.

A la suite de ces injections qui, sauf la deuxième (quantité injecté un peu trop forte), furent parfaitement bien tolérées, je constatai la présence de craquements plus gros et plus secs sous la clavicule. Il me semblait que l'injection avait provoqué une inflammation s'étendant jusqu'à la plèvre, une pleurite sèche se traduisant par des frottements. Cependant le malade n'éprouvait aucune douleur.

Quelques jours après la quatrième injection, le malade eut des crachats teintés de sang, puis, se trouvant plus valide, il sortit de l'hôpital, et je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Cet homme avait reçu en tout, au sommet du poumon droit, dans l'espace de seize jours, quatre injections de trois gouttes chacune d'une solution à 1 p. 20 de chlorure de zinc.

Troisième cas. — Un troisième malade, âgé de 30 ans, entre, le 14 mars 1892, à l'hôpital Tenon, salle Pidoux, n° 26. Il présente des lésions plus avancées et plus étendues que les deux précédents. On entend au sommet droit, en avant et en arrière, des craquements humides abondants. L'état général laisse à désirer, l'appétit est médiocre, il y a des sueurs nocturnes. Cependant, vu l'intégrité du poumon gauche, je me décide à essayer les injections de chlorure de zinc.

Le 19 mars, j'injecte, au niveau du deuxième espace intescostal droit en avant, quatre gouttes d'une solution de chlorure de 1 p. 30. Peu d'instants après, le malade accuse une sensation d'oppression, qui ne tarde pas à disparaitre.

Le 22 mars, deuxième injection de quatre gouttes de la même solution au niveau du troisième espace droit, en arrière, près du bord interne de l'omoplate. Pas de réaction douloureuse.

Le 26 mars, troisième injection faite, celle-là, avec la solution au vingtième (trois gouttes), au niveau du deuxième espace intercostal, en avant. A la suite de ces trois injections faites en huit jours, les signes physiques ne s'étaient pas modifiés et le malade est sorti de l'hôpital un peu amélioré.

Chez cet homme, l'état avancé des lésions ne laissait que peu d'espoir d'une amélioration notable. Les injections ont d'ailleurs été trop peu nombreuses pour qu'on soit en droit de tirer aucune conclusion du traitement qu'il a subi.

En résumé, trois malades de mon service atteints de tuberculose pulmonaire localisée à un sommet, ont reçu en tout *treize injections intra-pulmonaires de chlorure de zinc*. Le titre de la solution a varié de 1 p. 50 à 1 p. 20. Je n'ai pas osé dépasser le titre 1/20, la solution plus forte 1/10 étant réservée pour les tuberculoses chirurgicales. Ces injections ont été parfaite-

ment tolérées par les malades. Elles ne sont pas douloureuses, elles ne provoquent pas de sensations pénibles quand on ne dépasse pas la quantité de trois gouttes (*trois divisions de la seringue de Pravaz*) par injection. Quant au résultat thérapeutique, il m'a paru favorable; cependant, je ne suis pas autorisé à tirer des conclusions fermes d'une observation aussi restreinte et aussi incomplète. La seule conclusion qui ressort de mon travail est celle-ci : *On peut, sans danger, injecter dans le poumon deux ou trois gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1. p. 20; on peut, sans danger, répéter ces injections tous les trois ou quatre jours.*

Ce n'est pas la première fois qu'on essaie de traiter directement et localement la tuberculose pulmonaire; des chirurgiens (Kocher, Moster) ont ouvert et drainé des cavernes tuberculeuses; un chirurgien de Paris a même extirpé entièrement le sommet d'un poumon tuberculeux (Tuffier). Des médecins (Pepper, Lépine, Gouguenheim) ont fait des injections intrapulmonaires de sublimé, de teinture d'iode, etc. Mais ces injections n'ont été faites que dans les cas avancés de tuberculose. M. Blake White (de New-York) a injecté l'iode phéniqué (dix gouttes) dans une caverne. Deux médecins de Naples, MM. Pettoruti et Mirto, ont injecté de 50 centigrammes à 4 grammes, d'une solution de pyoctanine bleue à 1 p. 500.

M. Fernet a essayé d'agir, par les injections intra-pulmonaires, sur la tuberculose peu avancée. Dans une communication faite à la Société de thérapeutique (10 juillet 1889), M. Fernet a annoncé qu'il avait pratiqué 41 injections de *naphtol camphré*, chez quatre malades, tuberculeux au deuxième degré. Ayant obtenu, par le même procédé, des résultats heureux dans le traitement de la tuberculose linguale, il pensait que le naphtol, par ses propriétés antiseptiques, et par l'irritation et la sclérose qu'il provoque, pouvait exercer une action efficace sur la tuberculose pulmonaire.

Les injections furent faites une ou deux fois par semaine au moyen de la seringue de Pravaz; chaque fois, M. Fernet injectait 15 centigrammes de naphtol camphré, dans le premier ou le deuxième espace intercostal, à égale distance de la ligne axillaire et du sternum. Sur 41 injections, 22 fois il n'y a pas eu de réaction douloureuse; dans les autres cas, les malades accusaient de la douleur le long du bras, ou étaient pris d'une toux quinteuse ou même avaient de légères hémoptysies.

En définitive, trois malades ont été assez notablement améliorés, le quatrième est sorti de l'hôpital dans un état peu satisfaisant. Chez tous, l'expectoration avait diminué, les signes physiques s'étaient favorablement modifiés (moins de râles, etc.)

La tentative de M. Fernet a trouvé peu d'écho au sein de la Société de thérapeutique; elle a subi les critiques de M. Dujardin-Beaumetz, qui a opposé au traitement direct le traitement indirect et détourné par les injections sous-cutanées.

Il n'en reste pas moins établi que les injections sous-cutanées, même intensives, ne donnent pas de résultats encourageants dans les hôpitaux et qu'il y a mieux à faire. Il me semble que, tout au moins dans les cas où la tuberculose est localisée à un poumon, où l'état général est bon, où il n'y a pas de fièvre, nous sommes autorisés à agir directement sur la lésion, soit par le naphtol, soit par le chlorure de zinc, soit par tout autre agent antiseptique.

Vu l'importance des articles contenus dans ce numéro, la Société médicale des hôpitaux *devant paraître tous les mardis ne sera publiée que jeudi prochain.*

COURRIER

La Société médicale des hôpitaux attribuera un prix de 1,000 francs, fondé par Mme Lemière, au meilleur travail qui lui sera présenté avant le 31 juillet 1893, sur les artérites dans les maladies infectieuses.

— M. le docteur Yersin, ancien préparateur à l'Institut Pasteur, est chargé d'une mission scientifique en Indo-Chine, à l'effet d'explorer, au point de vue géographique, ethnographique et économique, la région comprise entre le Don-Naï et le Mékong, ainsi que les plateaux du Siam, entre le Mékong et Bangkok.

— Par décret en date du 28 décembre 1892, M. le docteur André est nommé professeur titulaire de pathologie interne à la Faculté de médecine de Toulouse.

— Un concours s'ouvrira le 3 juillet 1893, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine d'Alger.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Un concours sera ouvert le lundi 3 juillet 1893, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Reims.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— L'*Américan médical Temperance Association* offre deux prix de 500 francs : l'un pour le meilleur essai sur l'action physiologique de l'alcool, d'après des expériences personnelles et des recherches originales; l'autre, pour le meilleur essai sur le traitement des maladies sans emploi des alcooliques. Les mémoires doivent être adressés à M. Crothers, à Hartford (Connecticut, États-Unis), avant le 1er mai 1893, écrits à la machine à écrire, avec devise qui sera reproduite sur une enveloppe cachetée renfermant le nom de l'auteur. Mais, par une bizarre idée, les étrangers sont exclus du concours. Voilà du protectionnisme à outrance. (*Revue scientifique.*)

— M. le docteur de Beurmann commencera ses leçons pratiques sur les affections vénériennes et syphilitiques le lundi 9 janvier, à dix heures, à l'hôpital de Lourcine et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'INTENSITÉ ET DU RYTHME DES BATTEMENTS DU CŒUR.

Messieurs,

Les changements dans l'intensité des bruits du cœur sont très fréquents et se rencontrent dans des états pathologiques très divers.

D'une façon générale, on peut dire que cette intensité est proportionnelle à la force et à l'énergie de la systole. Plus la contraction du ventricule est forte, plus la valvule auriculo-ventriculaire gauche se ferme énergiquement; plus la quantité de sang lancée dans l'aorte y pénètre brusquement, plus le choc en retour qui abaisse les valvules artérielles est violent.

Un grand nombre de circonstances font cependant varier l'intensité des bruits indépendamment du plus ou moins d'énergie de la systole.

L'augmentation d'épaisseur des parois du cœur ou de celles du thorax, l'interposition, au-devant de l'organe, de gaz (pneumothorax) ou de liquide, la présence du poumon peuvent considérablement atténuer le sens perçu à l'auscultation.

Chez un malade qui est en ce moment dans nos salles, les bruits s'entendent avec une force beaucoup plus grande à la pointe qu'à la base. Cela tient à l'interposition, entre la base du cœur et la paroi du thorax, d'une lame de poumon distendue outre mesure par l'emphysème. Ce malade est un tuberculeux et cette atténuation des bruits à la base est un phénomène rare dans cette maladie; habituellement, on observe un renforcement dû à l'induration et à la densité plus grande du sommet du poumon, ce qui entraîne une transmission plus facile du son.

Des dispositions anatomiques spéciales du poumon peuvent entraîner dans l'intensité habituelle des bruits du cœur des modifications dont il est souvent difficile de découvrir la cause. J'ai été appelé, cette année, auprès d'une jeune fille dont le père était mort d'une affection cardiaque au cours de laquelle les médecins avaient parlé devant la famille de l'accentuation du deuxième bruit à la base. Le même signe étant retrouvé chez l'enfant, la mère s'inquiéta et je pus constater, à l'aide d'une percussion minutieuse, que cette accentuation, qui existait réellement, était due à une disposition anormale du bord antérieur du poumon qui laissait à découvert une grande étendue de la base du cœur. Il y avait diminution de la sonorité, mais pas d'augmentation de la matité, et cela me permit d'éloigner l'idée d'une dilatation de l'aorte.

Le claquement des valvules aortiques s'accentue au début du mal de Bright, quand il y a de l'artério-sclérose aortique. Le bruit pulmonaire

devient plus marqué chez les emphysémateux, quand il y a un obstacle à la circulation pulmonaire d'origine gastro-hépatique ou d'origine cardiaque, dans le rétrécissement mitral, par exemple. L'accentuation du deuxième bruit pulmonaire appartient, ainsi que j'aurai l'occasion de vous le redire tout à l'heure, à une des phases de l'évolution du rétrécissement mitral, C'est peut être à ce moment le signe unique qui permette de diagnostiquer cette lésion. Encore faudra-t-il, avant d'attribuer à cette accentuation une si grande valeur, éliminer soigneusement toutes les autres causes qui peuvent lui donner naissance, spasme pulmonaire, etc. Les variations dans le rythme du cœur sont très intéressantes, certaines, et méritent de nous arrêter plus longtemps.

Je n'insisterai pas sur les variations de fréquences si communes. Dans la plupart des affections cardiaques, on observe une grande accélération des mouvements de l'organe. Quelquefois, on constate un ralentissement des battements, mais, le plus souvent, il ne dépend pas d'une lésion des orifices. Ce ralentissement, du reste, est parfois plus apparent que réel, les contractions cardiaques peuvent être assez faibles pour ne pas entraîner de pulsations artérielles et pour échapper même à une auscultation attentive. Cette espèce d'avortement des systoles a une grande valeur pronostique et indique toujours une aggravation dans l'état du malade.

Très souvent, l'augmentation de fréquence des battements cardiaques s'accompagne d'une modification dans la durée des silences. Le grand silence se raccourcit bien davantage que le petit et, à un moment donné, tous deux arrivent à avoir la même durée; c'est là le rythme fœtal sur lequel M. Huchard a récemment insisté.

Les irrégularités des battements sont très fréquentes. Tantôt il s'agit d'irrégularités vraies, tantôt de simples intermittences, tantôt d'irrégularités obéissant à certaines règles, périodiques.

Les irrégularités peuvent dépendre de simples troubles gastro-intestinaux, intestinaux surtout. Souvent, le rythme devient bigéminé, trigéminé; la plupart du temps, ces irrégularités se rattachent à des lésions d'orifice, et il faut bien savoir qu'on les observe surtout chez les malades qui ont été soumis à l'usage de la digitale.

On peut observer des changements dans le nombre des battements. Tantôt on entend trois bruits, quatre même à chaque révolution cardiaque, tantôt, au contraire, on n'en entend plus qu'un seul.

C'est généralement le premier bruit qui disparaît ou plutôt qui devient trop sourd pour être perçu, et cela indique une grande faiblesse du cœur.

Le plus souvent, il y a un synchronisme absolu dans les contractions du cœur droit et du cœur gauche; lorsque ce synchronisme cesse, le nombre des bruits est augmenté, il y a un dédoublement.

Le dédoublement peut être normal; c'est ce que j'ai décrit il y a longtemps sous le nom de dédoublement physiologique. Il peut se produire au moment du premier ou au moment du deuxième bruits et a un caractère spécial qui permet de le reconnaître d'une façon certaine. Il est toujours lié aux mouvements respiratoires. C'est ainsi que le dédoublement physiologique du deuxième bruit se produit à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration, tandis que c'est l'inverse pour celui du premier. Le dédoublement du deuxième bruit tient à la chute prématurée des valvules aortiques par suite de l'augmentation de la tension du sang dans ce vais-

seau. Le changement dans le rythme est le résultat d'une action exclusivement mécanique, et j'ai fait de nombreuses expériences qui me permettent d'affirmer qu'il n'y a ni action réflexe, ni contractions inégales des deux cœurs, ni asphyxie transitoire, etc.

Tout dépend si bien des modifications bien connues que la respiration apporte à la tension artérielle qu'il est possible de modifier le moment de production du dédoublement en modifiant artificiellement, par la fermeture partielle de la glotte, les conditions dans lesquelles s'exerce la respiration normale.

Lorsque le dédoublement du deuxième bruit, beaucoup plus fréquent que celui du premier, a peu de tendance à se produire, il n'apparaît que pendant une seule des pulsations qui ont lieu pendant une inspiration et une expiration, et on ne peut alors le percevoir qu'à la fin juste de l'inspiration et au commencement de l'expiration.

Le dédoublement du premier bruit d'origine physiologique est plus rare, et il y a d'autant moins lieu d'y insister qu'il n'y a pas de phénomène pathologique avec lequel on puisse le confondre.

Le dédoublement pathologique du deuxième bruit peut être le seul signe d'un rétrécissement mitral qui, parfois, n'entraîne aucun autre phénomène, ni local ni général. Ce dédoublement est indépendant des mouvements respiratoires et s'entend à toutes les pulsations cardiaques. Dans certains cas, il peut y avoir combinaison des deux dédoublements, lorsque, par exemple, la respiration devient très difficile par suite d'une complication, et naturellement le diagnostic est alors un peu délicat.

Au début du rétrécissement, le dédoublement tient à la chute prématurée des valvules aortiques; à la fin, ce sont les valvules pulmonaires qui s'abaissent les premières. A la période moyenne de la maladie, il n'y a pas de dédoublement, et l'on n'entend que l'accentuation du deuxième bruit artériel.

A l'état normal au moment de la diastole du ventricule, le sang remplit rapidement la cavité de ce dernier. Lorsque l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, le ventricule dont les parois sont élastiques et reprennent aussitôt leur forme après la systole se remplit beaucoup moins vite, et exerce une aspiration énergique sur le sang renfermé dans l'aorte : de là la chute prématurée des valvules aortiques.

Lorsque l'obstacle à la circulation intra-cardiaque augmente, la circulation pulmonaire devient difficile et la tension augmente dans l'artère pulmonaire; alors les valvules pulmonaires tombent les premières.

Il y a une période de l'affection ou les deux phénomènes s'équilibrent; on n'entend pas alors de dédoublement et le seul signe du rétrécissement est l'accentuation du deuxième bruit.

Toutes ces considérations sont loin d'être indifférentes, car elles seules permettent d'apprécier le degré de la lésion, appréciation qui est fort difficile dans la plupart des affections cardiaques.

Le dédoublement du second bruit dû à la chute prématurée des valvules aortiques se voit aussi dans la symphyse cardiaque généralisée. On évitera de diagnostiquer un rétrécissement mitral en recherchant les autres signes de la symphyse : absence du déplacement de la pointe par les changements

de position, hypertrophie et dilatation cardiaques considérables, etc. On peut naturellement observer la combinaison des deux maladies, mais c'est là un fait exceptionnel dont il n'y a pas lieu de se préoccuper dans la clinique courante.

LES PLAIES DE L'ABDOMEN ET LA TEMPORISATION.

En présence des lésions abdominales, — et je ne veux parler aujourd'hui que des plaies pénétrantes —, la conduite médicale a parfois de terribles hésitations.

Il faut de l'expérience et du courage pour oublier définitivement les anciennes pratiques, la temporisation à outrance, la chirurgie qui, à force de se considérer comme l'*ultima ratio*, se résigne d'avance à n'opérer que des agonisants. Il en faut aussi pour lutter contre les appréhensions légitimes des malades et de ceux qui les entourent, leur parler le bon langage et leur inspirer confiance.

C'est notre métier, à nous chirurgiens, d'agir avec audace quand il le faut et d'imposer notre conviction. Mais nous ne sommes pas toujours appelés les premiers. Combien ne devons-nous pas de reconnaissance au médecin vigilant qui sait prévenir le danger, le signale en temps utile, et ne laisse pas passer l'heure où notre intervention a des chances de succès! Aussi l'étude de ces questions nous semble-t-elle appartenir à la médecine pratique aussi bien qu'à la chirurgie.

On a lu, dans l'*Union médicale* du 15 décembre 1892, une instructive observation du docteur Houzel (de Boulogne) : elle parle d'une jeune fille qui avait reçu dans le ventre une balle de revolver de petit calibre, et chez laquelle notre collègue, empêché par les supplications de la famille, ne put intervenir dès le premier jour. Il y eut une amélioration apparente, puis survinrent les accidents graves et, quand la laparotomie fut faite, il y avait de tels désordres que l'issue fatale ne put être conjurée.

Cette observation soulève une question qui nous passionne et a suscité de brillantes polémiques. En France comme à l'étranger, l'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen n'est pas loin de rallier la majorité des chirurgiens. La plupart admettent qu'il faut toujours faire la laparotomie aussitôt qu'on est appelé, car elle permet, ou de ne rien faire dans l'abdomen s'il n'y a pas de désordres, ou de les réparer s'ils sont réparables, et, en présence de lésions multiples, elle n'ajoute rien à leur gravité. Quelques-uns, peu nombreux aujourd'hui, soutiennent la temporisation quand même, et, sachant que certaines plaies pénétrantes peuvent guérir seules, préfèrent s'en remettre à la nature du soin de sauver leurs blessés. D'autres enfin, professant une opinion moyenne, reconnaissent la valeur de la laparotomie, mais n'y viennent pour ainsi dire qu'à regret, et, sans vouloir préconiser l'abstention, demandent au moins pour agir qu'il y ait quelques symptômes alarmants, un commencement de péritonite.

A notre avis, cette conduite est dangereuse. Le calme des premières heures est insidieux, et trop souvent, quand les symptômes apparaissent, le moment favorable est passé. *Une laparotomie bien aseptique ne peut faire de mal à un blessé qui n'a pas de lésions graves, elle est son unique chance de salut quand il est en péril.* Telle est la formule qui doit nous servir

de guide; et voici un exemple qui montre bien qu'elle n'est pas trompeuse.

Dans la nuit du 16 au 17 avril 1892, fut apporté à l'hôpital Tenon un jeune homme de 20 ans, qui venait de recevoir un coup de couteau dans l'abdomen, en dehors du muscle droit, à l'union de la fosse iliaque et du flanc gauche. Une languette d'épiploon sortait de la plaie. L'interne de garde fit un pansement antiseptique, et je vis le malade le 17 avril à neuf heures, environ sept heures après l'accident.

L'épiploon n'avait aucune souillure et la paroi abdominale avait été parfaitement lavée. Le blessé avait eu deux vomissements insignifiants, mais il n'accusait aucune douleur. A peine trouvais-je un peu de sensibilité à la pression, au voisinage immédiat de la plaie. Il n'y avait ni ballonnement, ni température, ni altération du pouls, ni facies grippé. En somme, aucune trace de symptôme pouvant inspirer la moindre inquiétude.

Blessure insignifiante, lambeau d'épiploon qu'on pouvait lier et réduire ou laisser dans la plaie, intégrité probable de l'intestin, excellent état général, tout se réunissait pour inviter à la temporisation. Néanmoins, persuadé qu'une exploration méthodique n'offrait aucun danger et pouvait me révéler quelque désordre inaperçu, je pris le parti d'agir immédiatement, et j'agrandis l'ouverture, ce qui me permit tout d'abord d'attirer commodément la languette épiploïque, de la réséquer au-devant d'une ligature de catgut et de réduire le pédicule. Puis j'examinai à loisir l'intestin qui se présentait; il avait son aspect normal, et je me demandais si je n'allais pas en rester là, lorsque, par le déplacement d'une anse intestinale, je vis sourdre un peu de sérosité. Alors, j'écartai l'intestin en plongeant les doigts vers la fosse iliaque, et tout à coup un flot de sérosité sanguinolente vint à l'extérieur. Je pris des éponges montées, et patiemment je retirai plus d'un litre de sang qui s'était accumulé dans le petit bassin. Lorsque les éponges ne ramenèrent plus rien, je fis un grand lavage avec plusieurs litres d'eau salée, et je terminai par la suture de la plaie. La réaction péritonéale fut insignifiante, et la guérison se fit sans nul incident qui mérite d'être noté.

La moralité de cette histoire apparaît d'elle-même. Derrière une plaie d'apparence bénigne et un état général parfait, au bout de sept heures, se cachait un épanchement sanguin très menaçant. Si je m'étais fié à ce calme trompeur, si j'avais attendu des symptômes, j'aurais opéré trop tard ou tout au moins dans de mauvaises conditions; et je ne me repens pas d'être intervenu de parti pris, au nom du principe général que M. Houzel formulait ainsi dans son observation : « En présence d'une plaie pénétrante, il faut faire la laparotomie, et le plus vite est le mieux. »

L.-G. Richelot.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1893. — Présidences successives de MM. Regnauld et Laboulbène.

M. Regnauld, dans un discours interrompu par de fréquents applaudissements, résume les travaux de l'Académie pendant l'année 1892. Au nom de la Compagnie, il

remercie M. Tarnier qui a enfin obtenu pour l'Académie plus que des promesses; grâce à lui, elle peut enfin entrevoir le moment où elle sera logés dans un local convenable.

— M. Laboulbène prend possession du fauteuil et installe le bureau.

— M. Cadet de Gassicourt donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Saint-Philippe relatif à quelques-unes des portes d'entrée de l'infection chez l'enfant nouveau-né.

— M. Laborde lit, au nom de M. Béranger-Féraud, une note sur le nombre et la longueur des tænias que l'on rencontre chez l'homme. La question de savoir si l'on peut rencontrer des tænias d'espèces différentes chez un même individu est tranchée aujourd'hui par l'affirmative. Davaine, Blanchard, Laboulbène l'ont montré et M. Béranger-Féraud a trouvé associés le tænia inerme et le bothriocéphale.

M. Béranger-Féraud a recueilli 2,086 observations de tænias inermes; 87 p. 100 des malades ont un tænia; 7,6 p. 100, deux; 2,4 p. 100, trois; 1,2 p. 100, quatre. Les chiffres au-dessus de 5, quoique pouvant aller jusqu'à 59, sont tout à fait exceptionnels. 52 fos rsu 100, le tænia inerme a moins de 5 mètres de longueur; 39 fois, de 6 à 10 mètres; 6 fois seulement de 11 à 15 mètres. Les longueurs supérieures sont exceptionnelles. Un des malades de M. Béranger-Féraud avait trois tænias inermes dont l'un atteignait 74 mètres de long et pesait 449 grammes; cet homme portait en tout 151 mètres de parasites pesant 922 grammes. Il en recélait même davantage, car, malgré l'expulsion de trois têtes, il a continué à rendre des animaux.

— M. Laborde lit une observation de M. Laborde (de Biarritz) relative à un enfant de cinq semaines atteint de laryngite spasmodique et présentant des accès de suffocation intenses. L'un de ces accès laissa l'enfant en état de mort apparente et il ne fut sauvé que par le procédé de la langue. Ce procédé peut être utile dans les asphyxies d'origine spasmodique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 décembre. — Présidence de M. Desnos.

Sommaire : *Complication de la fièvre typhoïde : néphrite infectieuse par le coli-bacille. — Tendon aberrant du cœur. — Endocadite infectieuse consécutive à une otite moyenne. — Traitemeut de la tuberculose pnlmonaire par les injections interstitielles de chlorure de zinc.*

MM. Chantemesse et Widal : Dans une note présentée l'année dernière à la Société médicale des hôpitaux, nous avons étudié quelques-unes des formes cliniques provoquées par l'invasion du coli-bacille, et nous avons montré que, dans ces cas, on ne trouvait ni la lésion anatomique des plaques de Peyer ni la symptomatologie précise de la vraie fièvre typhoïde.

Les observations de MM. Fernet et Papillon, Rendu, viennent à l'appui de notre dire.

Ce qui complique la question, c'est que le coli-bacille intervient quelquefois sous forme d'infection secondaire dans le cours de la dothiénentérie, et il peut même, par sa présence, provoquer des complications directes qui défigurent plus ou moins l'image de la maladie. On trouve en pareil cas chez le typhique le coli-bacille avec ses caractères essentiels, ce qui prouve bien que le fait de vivre dans l'organisme d'un malade atteint de dothiénentérie ne suffit pas à faire d'un coli-bacille un bacille d'Eberth.

Nous avons observé un fait dans lequel, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, était survenue une néphrite suppurée due au coli-bacille.

Une femme de 42 ans, vigoureuse, s'était surmenée beaucoup pour soigner sa fille

atteinte de fièvre typhoïde. Quand la jeune fille fut guérie, la mère ressentit les premières atteintes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, qui aboutit à la convalescence vers le vingtième jour. A ce moment sont survenues des douleurs assez vives dans la région des reins. L'urine qui, pendant tout le cours de la maladie, avait été de coloration normale et sans albumine, devient brusquement rare, de coloration foncée et chargée d'albumine.

Le jour suivant, la malade est prise de frissons, de fièvre, de vomissements et d'un peu de délire. La température atteint, le matin, 39°2, et, le soir, 39°6. Bientôt se montre un peu d'œdème aux malléoles et un léger empâtement de la région lombaire au niveau du rein gauche.

L'urine, recueillie avec les précautions nécessaires, renferme à l'état de pureté le coli-bacille faisant fermenter énergiquement la lactose.

Les jours suivants, la fièvre se maintient entre 38°5 et 40°, de grands frissons se montrent irrégulièrement, suivis de sueurs abondante; l'albuminurie (2 grammes par litre), les vomissements, la douleur rénale spontanée persistent. La quantité d'urine émise quotidiennement atteint 3 litres et renferme du pus. L'intelligence s'affaiblit, le ventre se ballonne, les selles et les mictions sont involontaires. La malade, dans le décubitus dorsal, présente une prostration complète. Ses lèvres et ses mains sont agitées d'un tremblement assez marqué. Peu à peu, elle tombe dans le coma avec une température dépassant 40° et elle succombe.

L'autopsie n'a pas été faite.

Les symptômes cliniques présentés par la malade montrent que les accidents auxquels elle a succombé n'appartiennent pas à l'infection typhique pure. Il s'est agi d'une complication de néphrite et périnéphrite suppurée, due au coli-bacille.

Ce germe n'est pas le microbe de la fièvre typhoïde. Capable de provoquer des affections diverses, il a sa pathologie propre; mais, de plus, ainsi que viennent de l'établir des travaux récents, il peut favoriser l'invasion du bacille d'Eberth et aggraver l'infection typhique. M. Sanarelli a démontré la réalité de ce fait pour l'action des produits solubles du coli-bacille, comme nous l'avons fait pour ceux du streptocoque.

Il est donc plus que jamais nécessaire de faire une distinction précise entre le coli-bacille et le bacille d'Eberth. Cette distinction ne doit pas être fondée sur un seul caractère, mais sur l'ensemble de toutes les propriétés; celles qui sont indiquées dans les livres classiques et deux autres que nous avons fait connaître : l'impossibilité de fertiliser avec du bacille typhique un milieu de culture dans lequel ce microbe a déjà vécu, l'impossibilité absolue pour le bacille typhique, quel que soit son degré de virulence, de faire fermenter la lactose.

Parfois, le coli-bacille, comme nous l'avons établi les premiers, peut présenter, sous diverses influences, une diminution de son pouvoir fermentatif, mais cette diminution est momentanée, et la possibilité de décomposer la lactose reparaît quand on rend au microbe sa virulence perdue. Enfin, un autre signe distinctif auquel, dans des travaux récents, on a eu le tort de ne prêter aucune attention, consiste dans une différence morphologique. Chaque élément jeune du bacille d'Eberth présente douze à seize flagella, tandis que les éléments isolés du coli-bacille n'en comptent que quatre à huit.

-- M. Huchard présente le cœur d'un homme de 49 ans, qui mourut le lendemain de son entrée à l'hôpital, le 21 décembre dernier. Il était arrivé avec des symptômes d'urémie dyspnéique due à une sclérose cardio-rénale. Le cœur était très hypertrophié; à l'auscultation, on percevait très nettement un souffle d'insuffisance mitrale se propageant vers l'aisselle, et, par intervalles, un bruit de galop; en outre, au niveau de l'appendice xiphoïde, et se propageant vers l'aorte, il y avait un bruit de piaulement très

intense, s'entendant à distance et donnant à la main appliquée à ce niveau la sensation d'un thrill, d'une vibration très forte.

On pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'un anévrysme pariétal du cœur, d'une insuffisance tricuspidienne, d'une adhérence péricardique, ou bien encore d'une rupture d'un pilier de la mitrale, mais à aucune de ces affections ne s'adaptaient tous les symptômes perçus. Par exclusion, M. Huchard porta le diagnostic de « tendon aberrant » du cœur.

Le tendon est aberrant lorsque, au lieu d'aller d'une paroi à la valvule, il va d'une paroi à l'autre, formant ainsi une corde tendue et vibrante quand elle se trouve placée sur le trajet du courant sanguin; si cette condition manque, le tendon aberrant ne se révèle par aucun signe particulier. M. Potain (Soc. anat., 1876), M. Raynaud ont rapporté deux exemples de tendon aberrant. M. Huchard en a lui-même déjà observé un cas.

Sur le cœur qu'il présente, on peut constater l'existence d'un cordage tendu en travers de la cavité ventriculaire, et partant du petit pilier de la mitrale pour aller s'insérer sur la cloison; ce cordage était donc situé sur le trajet du courant sanguin se dirigeant vers l'aorte.

— M. Huchard présente ensuite les pièces anatomiques provenant d'une femme de 21 ans morte d'une endocardite infectieuse consécutive à une otite moyenne. Cette femme était entrée à l'hôpital avec de la fièvre, une céphalalgie intense, de la constipation, des vomissements, de la raideur de la nuque; elle avait, en outre, une otite moyenne.

On fit le diagnostic de méningite tuberculeuse, qui semblait, de plus, justifié par une submatité et des râles cavernuleux du sommet du poumon droit. On constata bientôt la présence d'un abcès rétro-auriculaire et l'on fit passer la malade en chirurgie. L'abcès fut ouvert et drainé; la mort survint quelques jours après.

A l'autopsie, on trouva une thrombose des sinus s'étant propagée à la jugulaire droite et une endocardite infectieuse du cœur droit; il y avait de petits abcès dans le myocarde. Les poumons étaient œdémateux; il y avait, à droite, quelques infarctus marginaux, de nombreux infarctus profonds, et, au sommet, de petits abcès. Le poumon gauche présentait aussi plusieurs infarctus profonds. Rien au péricarde, rien dans les artères.

Les infarctus pulmonaires avaient donc, dans ce cas, fait croire à la tuberculose.

— M. Comby fait une communication sur le *traitement direct de la tuberculose pulmonaire par les injections interstitielles de chlorure de zinc.* (Voir le dernier numéro.)

BIBLIOTHÈQUE

La kynésithérapie gynécologique. — *Traitement suédois des maladies des femmes, méthode de Brandt*, par le docteur Stapfer, ancien chef de clinique de la Faculté. — Maloine; Paris, 1892.

C'est sous le nom de méthode de Brandt qu'est désigné en général le traitement des maladies des femmes par le massage. Cette thérapeutique, dont il a été beaucoup parlé en Allemagne et depuis quelque temps en France, paraît un peu extraordinaire au premier abord et cependant arrive, il faut le reconnaître, à des résultats certains. C'est ce que M. Stapfer a voulu voir de plus près, en se rendant en Suède auprès du créateur

même de la méthode. Dans son mémoire, il étudie sncccessivement l'historique de la question, le manuel opératoire et les indications de la kinésithérapie. Il lui donne ce nom, parce que le traitement n'est pas nniquement constitué par le massage, mais se propose d'agir sur les organes génitaux et leur circulation par des mouvements tantôt directs (massage, élévation de l'utérus), tantôt indirects (gymnastique) sans opération tranchante, sans appareils chirurgicaux, sans médication, sans repos absolu ni prolongé.

Comme on le voit, c'est là un beau programme, mais cette méthode est-elle justiciable de toutes les affections utérines? Non, et M. Stapfer énumère les cas où elle ne peut être employée et ceux dans lesquels elle est véritablement très efficace. Ces dernières se rapportent surtout aux changements de situation de l'utérus et principalement aux déviations dues à des adhérences et maintenues par elles.

Il ne faut pas du reste se dissimuler que la méthode de Brandt est avant tout une méthode de douceur, et M. Stapfer insiste sur les conditions qu'elle exige de la part du chirurgien et qui peuvent se résumer ainsi : main souple, doigts longs, une *inaltérable patience*, force contenue, dextérité et finesse du diagnostic.

Exercée avec prudence, elle n'expose nullement les malades et perfectionnerait même l'art du diagnostic gynécologique.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

De l'occlusion intestinale consécutive à l'accumulation d'ascarides lombricoïdes, par D. Simon. (*Archives médicales belges*, 1892). — Après avoir fait remarquer combien sont peu nombreux les exemples d'obstruction intestinale dus à la présence de pelotons d'ascarides dans l'intestin et rappelé l'incertitude des divers auteurs sur la pathogénie de l'obstruction dans ces cas (occlusion ou étranglement consécutif aux mouvements intestinaux provoqués par la présence des ascarides lombricoïdes), M. Simon rapporte une observation personnelle de ce genre d'accidents. Un enfant de 11 ans fut pris subitement d'une vive douleur sous-ombilicale qui détermina une syncope et fut suivie de vomissements et constipation. A son entrée à l'hôpital, trois jours après le début des accidents, état fébrile modéré, face pâle, langue un peu chargée, ventre souple sauf à la région sous-ombilicale qui présente une résistance accentuée et une douleur très vive et bien localisée à la pression. Trois jours après, vomissements bilieux répétés, selles composées de sang presque pur. Le sixième jour à partir du début l'état s'aggrave, face grippée, ventre démesurément distendu, vomissements, selles sanglantes. Rien d'anormal au toucher rectal. Une intervention chirurgicale est décidée et séance tenante, M. le professeur Heydenreich pratique un anus artificiel qui donna issue immédiatement à un flot de matières fécales liquides et le surlendemain à un paquet de sept ascarides vivants. Un huitième ver fut expulsé un peu après, puis cinq autres à la suite de l'administration de santonine. La circulation des matières intestinales se rétablit dès lors normalement. M. Heydenreich put obturer par une nouvelle intervention l'anus artificiel et la guérison définitive fut enfin obtenue. M. Simon fait suivre son observation de cinq autres que M. Heydenreich et lui ont pu réunir et de leur étude comparée déduit la symptomatologie clinique dans ce genre d'obstruction. Il conclut qu'il s'agit là d'une affection très grave, puisque sur dix cas, un seul s'est terminé favorablement au prix d'une intervention chirurgicale. Bien que celle-ci n'ait pas toujours eu un résultat aussi heureux, elle n'en reste pas moins, semble-t-il à M. Simon, l'unique chance de salut.

Les observations qu'il a réunies établissent en effet que, livrée à elle-même, l'obstruction intestinale vermineuse évolue fatalement et que l'administration des anthelmintiques est inefficace une fois les accidents confirmés.

De l'utilité de l'examen des urines avant les trépanations pour épilepsie partielle, par M. Gilles de la Tourette. (*Archives médicales belges*, 1892.) — Depuis que l'on fait la trépanation pour l'épilepsie partielle, il est arrivé bien souvent aux chirurgien de ne pas trouver de lésions. L'examen des urines aurait pu éclairer ces chirurgiens en leur démontrant d'avance l'inutilité, dans ces cas, de la trépanation.

Cliniquement, il est à peu près impossible de différencier l'épilepsie partielle hystérique de l'épilepsie partielle vraie due à la présence d'un néoplasme. Au cours de recherches poursuivies dans le service de M. Charcot sur la nutrition des hystériques. MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau sont arrivés à établir une formule chimique qui permet de faire ce diagnostic par le simple examen des urines. En effet, dans les cas d'épilepsie partielle d'origine néoplasique, il y a une notable augmentation, au moment de la crise, des résidus fixes de l'urée et des phosphates; dans l'épilepsie hystérique, au contraire, il y a une sensible diminution de ces mêmes éléments.

C'est là un critérium que le chirurgien ne devra pas négliger lorsqu'il aura à discuter une intervention pour épilepsie partielle.

COURRIER

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur : M. le docteur Péan, ancien chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Officiers : M. le professeur Guyon; M. Trasbot, directeur de l'Ecole d'Alfort.

Chevaliers : MM. les docteurs Dreyfus-Brisac, Gimbert, Heydenreich, maire de Thairé, Alison, Dubar, professeur à la Faculté de Lille, Fochier, professeur à la Faculté de Lyon, Védrine, Robin, maire de Chaix, Boutet, Orgerus, Laennec, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, Jolicœur, Vermont.

Services exceptionnels rendus pendant la dernière épidémie cholérique.

Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, sur la proposition du ministre de l'intérieur :

Commandeurs : M. le professeur Proust, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine; M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin des épidémies du département de la Seine, membre de l'Académie de médecine.

Officiers : MM. les docteurs Gibert, médecin au Havre; Roux, chef de service à l'Institut Pasteur.

Chevaliers : MM. les docteurs Biron, médecin à Argenteuil; Boutan, médecin des hospices du Havre; Camuset, médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir); Dubief, médecin à Paris; Gaillard, médecin à Paris; Galvani, médecin à Sarcelles (Seine-et-Oise); Guiffart, directeur du service de santé à Cherbourg; Leclercq,

médecin à Arras; Le Mercier, médecin au Havre; Muselier, médecin à l'hôpital de la Pitié; Netter, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Pennetier, médecin à Rouen; Thoinot, médecin inspecteur du service des désinfections du département de la Seine.

Corps de santé de la marine. — Tableau d'avancement de 1893. — 1° *Pour le grade de médecin en chef.* — MM. les médecins principaux Geoffroy, Comme, Bodet et Nègre.

2° *Pour le grade de médecin principal.* — MM. les médecins de 1re classe Canoville, Gayet, Cognes, Chevalier et Couteaud.

3° *Paur le grade de médecin de 1re classe.* — MM. les médecins de 1eo classe Salamoue-Ipin, Chastang, Fallier, Depied et Chorée.

4° *Pour le grade de pharmacien en chef.* — M. le pharmacien principal Louvet.

5° *Pour le grade de pharmacien principal.* — M. le pharmacin de 1re classe Bourdon.

6° *Pour le grade de pharmacien de 1re classe.* — M. le pharmacien de 2e classe Rouzières.

— Par décret, en date du 20 décembre 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Coutance, pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier : MM. les médecins de 1re classe de la marine Sébaud, Ropert, Arène, Gouzer, Lussaud, Le Franc et Reynaud. — M. le pharmacien principal de la marine Rouboud. — MM. Valès et Gaillaud, premiers maîtres infirmiers.

— Par décret, en date du 30 décembre 1892, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de 2e classe : MM. les médecins de 2e classe de la marine Cordier et Chaussade, Hazard, Le Fel et Ozanam.

Médecins auxiliaires de 2e classe de la marine : MM. les docteurs Yersin et David.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 24 décembre 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les docteurs Vandier, Defrance, Ahmed ben Miloud dit Michel, Gresset, Lelièvre, Ostwalt, Desche, Patey du Bouays de Couesbouc, Lamberger, Delagenière, de Crévoisier de Vomécourt, Goupil, Huard, Moreau, Hamard, Letort, Weill, Barlerin, Tétau, Comte, Sterne, Camus, Mourlot, Gigon, Lang, Thiéry, Royer.

— Par décret, en date du 29 décembre 1892, ont été promus dans le corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — M. le pharmacien-major de 2e classe Gessard, en remplacement de M. Perron, mis en non-activité; désigné pour les hôpitaux militaire de la division de Constantine.

— Par décret, en date du 30 décembre 1892., ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Aron, médecin-inspecteur de la section de réserve.

Au grade d'officier : MM. les médecins-majors de 1re classe Augarde, Tacquoy, Péchaud, Sonrel et Thomas. — M. le pharmacien principal de 1re classe Rebuffat. — M. le docteur Lambert, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de 1re classe Reverchon, Auban, Carayon, de Ferré, Duc, Maljean, Weill, Rullier, Chupin, Ga dit Gentil, Schneider, Pugibet.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lallemant, Rostan, Boutry, Veillon Herrmann.

Au grade de pharmaèien-major de 2e classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe classe Bissérié, en remplacement de M. Girard, mis en non-activité; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; Boutineau, en remplacemeut de M. Gessard, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de Tunisie.

— M. le docteur Dibos, maire de la Bastide-d'Armagnacq, est nommé chevalier du Mérite agricole.

Cours de M. Albert Robin (service d'hiver, hôpital de la Pitié) : Leçons de thérapeutique clinique, vendredi à neuf heures et demie, amphithéâtre n° 3. Examens des malades nouveaux, clinique de thérapeutique, mercredi à six heures, salle Piorry et Lorrain (service d'été) : Clinique pathologique, jeudi à neuf heures trois quarts, laboratoire de service; conférences cliniques par des candidats au Bureau central, lundi, samedi à dix heures.

Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Lille se sont terminés par les nominations suivantes : *Internes :* MM. Masset, d'Hour et Lamy. — *Internes provisoires* : MM. Hennecart et Tonnel. — *Externes :* MM. Doizy, Ingelrans, Dubois, Jacqmarcq, Tauchon, Potel, Paimblan, Lefebvre, Paquet, Henry, Ringot, Tamboise, Gugelot et Chocquet.

Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Montpellier viennent de se terminer par les nominations suivantes : *Internes :* MM. Bothizat, Vire et Cheinier. — *Internes provisoires :* MM. Chatinière, Ménard et Houël. — *Externes* : MM. Pelon, Gibert, Cros, Marcellin, Teissier et Laborde. —*Externes provisoires* : MM. Choussat, André, Sapir, Arrufat, Pascal et Kessel.

M. Charles Péan a proposé au Conseil municipal d'installer un service de voitures d'ambulances pouvant desservir le nord et l'ouest de Paris, et a demandé d'installer à l'Hôtel-Dieu un service de voitures qui remplacera le service des voitures fait par la préfecture de police. Le secrétaire général de la préfecture de police a fait remarquer que la loi a chargé la préfecture de police du service des épidémies et des maladies contagieuses. Malgré ces réserves, le Conseil a adopté le projet de M. Charles Péan.

— Le baron Alphonse de Rothschild a fait à l'Assistance publique la donation d'un million. Cette fondation est destinée à venir en aide aux femmes en couches et portera le nom de la baronne Albert de Rothschild.

— La Société médico-chirurgicale de Paris vient de constituer son bureau pour 1893. Président : docteur Peyrot; vice-présidents : docteur Bar et Philbert; secrétaire général : docteur Tripet; secrétaires des séances : docteur Brigode et Rabion; trésorier : Morice-Vigier.

— Un concours sera ouvert le 3 juillet 1893, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Amiens.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Descroizilles.

D'un cas de maladie bronzée.

Leçon recueillie par M. Lebon, interne du service.

Julie R..., âgée de 13 ans, est entrée le 21 septembre 1892, salle Dechaumont, n° 5, dans le service de M. Descroizilles.

Fille de parents bien portants, elle a eu sept frères ou sœurs; deux de ces enfants ont succombé en bas âge, et l'un d'eux est mort, suivant toute apparence, de méningite tuberculeuse.

La malade elle-même, atteinte de convulsions à l'âge de 2 ans, et, un an plus tard, d'un eczéma généralisé rebelle, pour lequel on l'a soignée à plusieurs reprises à l'hôpital Saint-Louis ou à celui des Enfants, a toujours été chétive, au dire de sa mère, et n'a jamais pu se livrer à un travail manuel soutenu. Au commencement de l'été de cette année, on consultait pour elle un médecin qui prescrivait de la digitale. A partir de cette époque, elle est restée très mal portante. Au commencement de septembre, des douleurs généralisées se joignaient à sa faiblesse; ces douleurs, paroxystiques plutôt que continuelles, existaient surtout au niveau des cuisses et des jambes, égales des deux côtés. Après être venue plusieurs fois à la consultation de M. Grancher, après avoir pris pendant quelques jours de la liqueur de Fowler, l'enfant se présentait à la consultation de M. Descroizilles qui, l'entendant se plaindre de vives souffrances, et frappé de son air maladif et d'une coloration particulière de son tégument, lui donnait un bulletin d'admission.

FEUILLETON

LA RAGE A PARIS.

Il peut paraître intempestif de parler de rage en plein hiver, lorsque le thermomètre marque 5 ou 6 degrés au-dessous de zéro, mais c'est un préjugé de croire que cette affreuse maladie ne sévit que pendant les chaleurs. Sur 400 cas de rage constatés sur les animaux, par les vétérinaires, dans le département de la Seine, pendant l'année 1891, 137, c'est-à-dire plus du tiers, se sont présentés dans les trois derniers mois de l'année. Les cas de rage humaine se montrent également en toute saison et le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a été appelé tout récemment encore à se préoccuper de la question à l'occasion de réclamations adressées au Préfet de police par le Conseil municipal. J'ai lu tout cela dans le *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris*, journal aussi intéressant que quotidien dont je recommande la lecture aux personnes désireuses de s'instruire et de se divertir en même temps.

Pendant qu'on préparait son lit, elle était prise de syncope; elle restait ensuite assez tranquille pendant la soirée et la nuit, tout en souffrant vivement, disait-elle, du corps et surtout des membres. Le lendemain, 22 septembre, sa température était normale, son appétit presque nul. On ne trouvait aucun désordre fonctionnel ni aucun signe stéthoscopique du côté de l'appareil respiratoire ou du côté du cœur. Comme la veille, l'aspect général de la peau attirait particulièrement l'attention.

Sur toute son étendue, l'enveloppe cutanée présentait une teinte brune rappelant celle du bronze et atteignant son maximum d'intensité au niveau des articulations. En outre, deux taches, d'une couleur beaucoup plus accentuée que sur les autres points, correspondaient aux bosses frontales, et on en voyait une troisième, semblable aux deux autres, sur la ligne médiane, au-dessus du nez. Des macules hyperchromiques siégeaient sur la région temporale, des deux côtés.

Sur le tronc, la teinte bronzée était uniforme; on apercevait quelques taches foncées de petites dimensions sur les bras. On découvrait aussi, sur les bras, ainsi que sur les oreilles, des plaques blanches qu'on retrouvait, en plus grand nombre, sur la cuisse droite et sur les deux jambes. Ces plaques, à teinte pâle, étaient entourées d'une zone d'un brun très foncé; elles étaient lisses à leur surface, tandis que de nombreuses squames épidermiques recouvrait les taches brunes.

Pendant les poussées d'eczéma qui s'étaient succédé chez l'enfant, des croûtes se formaient d'abord, au dire des parents, pour être remplacées plus tard par une suppuration peu abondante. Puis, sur ces mêmes points, la peau restait pendant quelque temps d'une blancheur absolue, et ne reprenait que par degrés et lentement une coloration brune.

La quantité d'urine rendue chaque jour était normale; on n'y découvrit ni albumine ni aucune autre particularité importante; elle était limpide et peu odorante.

On tint la malade au repos complet en l'alimentant modérément. Après son entrée à l'hôpital, sa situation sembla s'améliorer. Le 24 et le 25 septembre, elle mangeait avec appétit, en prenant la même nourriture que les convalescents. elle ne se plaignait plus d'aucune douleur et pouvait rester levée pendant une grande partie de la journée. Malgré une indigestion survenue le 26, et après laquelle on lui donna une alimentation moins substantielle, l'amélioration constatée persista jusqu'au 2 octobre. La petite fille

---

Le Préfet de police, à ce qu'il paraît, se trouve, comme Robert le Diable au dernier acte tiraillé en deux sens contraires. D'une part, les criailleries des journaux, les plaintes des conseillers municipaux qui accusent leurs ennemis les sergents de ville d'attenter à la liberté de la race canine, les prières émues des membres de la Société protectrice des animaux qui l'adjurent de laisser circuler en paix ces innocentes créatures; de l'autre, les instances du Conseil d'hygiène qui le supplie d'appliquer les lois dans toute leur rigueur au nom de la santé publique. Il y a, dit-on, dans ce conseil d'implacables vétérinaires et des médecins non moins féroces qui demandent la mort sans phrases pour tous les chiens errants ou demi errants qui encombrent la voie publique. Les chiens errants, je n'ai pas besoin de le dire, sont les bohêmes sans feu ni lieu qui n'ont ni logis ni maître; les chiens demi-errants sont ceux qui ont un domicile dans lequel ils rentrent vertueusement tous les soirs, où ils apparaissent volontiers à l'heure des repas, mais qu'il désertent tout le jour pour vagabonder sur la voie publique. Ceux-là sont les heureux de la terre, les privilégiés de la race canine. Il doivent regarder avec mépris ces aristocrates qui payent leur cote personnelle, portent de riches fourrures et remorquent péniblement un domestique galonné, mais qui paient ce luxe de tout le prix de leur indépendance et de leur liberté.

pouvait descendre au jardin, sa maigreur diminuait, ses traits étaient moins tirés. Toutefois, la coloration bronzée ne se modifiait pas et les taches hyperchromiques, signalées sur différents points de la peau, ne changeaient pas d'aspect.

Le 3 octobre, l'enfant fut prise de diarrhée et de vomissements et on la fit rester au lit en lui administrant du laudanum et du sous-nitrate de bismuth. Le 4, son état s'aggrava, la diarrhée augmenta d'intensité et il y eut dans la journée dix selles liquides accompagnées de douleurs abdominales violentes, de vomissements répétés et de soif vive. En même temps temps, le thermomètre descendait à 36°, la face se grippait et prenait une teinte cyanique très vive, marquée surtout au lèvres. A la fin de l'après-midi, le thermomètre montait à 38°4; la faiblesse était excessive, la voix à peu près éteinte. Malgré le sous-nitrate de bismuth additionné de laudanum et de sirop de ratanhia, les lavements d'amidon, l'eau de riz, le rhum et le thé qu'on administra jour et nuit, la diarrhée ne diminua pas.

Le 5 octobre, les selles liquides et les vomissements étaient aussi fréquents que la veille. En même temps, on notait un pouls très rapide, intermittent, filiforme, incomptable à certains moments, avec 39°, dilatation symétrique des pupilles qui restaient légèrement contractiles, disposition du réflexe cornéen, urines rares et albumineuses, langue sèche et blanche, narines pulvérulentes, inappétence absolue, déglutition diffisile et sueurs profuses. La malade, profondément émaciée, poussait des cris plaintifs, souffrait de crampes dans les jambes, mais ne pouvait articuler une parole. Son ventre excavé était douloureux à la pression; à la base des deux poumons, on entendait des râles de congestion pulmonaire.

La situation resta la même pendant près de vingt-quatre heures, et l'enfant succomba le 6 octobre, sans que la coloration bronzée de sa peau eût pâli dans les derniers moments de son existence.

A l'autopsie, on trouva les capsules surrénales considérablement tuméfiées. La gauche pesait 15 grammes, la droite 10 grammes; toutes deux avaient conservé leur forme, mais étaient un peu bosselées à leur surface; toutes deux renfermaient de nombreux noyaux tuberculeux d'un volume qui variait de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Dans celle du côté gauche, un de ces noyaux, caséeux d'aspect et de consistance, atteignait les dimensions d'un haricot; l'examen microscopique n'a pas été fait.

Les chiens sans maîtres sont, paraît-il, deux fois plus communs que les autres. Les statisticiens ont compté, je ne sais comment, que tous les animaux de cette espèce réunis dévorent la subsistance de 5000 personnes. Il y a surtout ces grands molosses gris de fer que la mode a multipliés depuis quelque temps et dont chacun mange autant de viande que deux cuirassiers. Cela, c'est l'affaire de leurs propriétaires, et d'ailleurs ce ne sont pas les chiens de luxe qui contractent la rage, ils sont trop bien gardés pour cela. Ce sont les bohèmes dont je parlais tout à l'heure, surtout ceux qui vagabondent tout le jour et ont pourtant un propriétaire qui y tient, qui jette feu et flamme quand on arrête et qu'on abat son chien.

Le préfet de police est sans cesse en butte aux réclamations de cette espèce. En 1888, les cas de rage se multiplièrent à tel point qu'on en compta 400 dans les quatre premiers mois de l'année. Le 8 juin 1888, le préfet de police rendit une ordonnance prescrivant la saisie et l'abatage de tout chien qui ne serait pas tenu en laisse. L'ordonnance fut exécutée. En deux semaines, 3,259 chiens furent abattus. Je frémis en songeant à une pareille hécatombe; mais le nombre des cas de rage diminuera des deux tiers à partir de ce moment. Cette mesure n'en fut pas moins attaquée avec une telle passion que le préfet de police fut obligé de céder et de renoncer à son exécution.

Le développement du thymus était très anormal chez un sujet de 13 ans. Cet organe, qui pesait 25 grammes, avait 12 centimètres de long, 6 de large, et descendait entre les deux poumons jusqu'au-devant du péricarde. Le foie pesait 630 grammes, le rein gauche 65, le droit 60, la rate 85, le pancréas 40. On ne découvrit d'altération de nature tuberculeuse ni dans ces différents organes ni dans les ganglions ou dans les poumons, qui étaient très congestionnés. Le cerveau, le cœur, les ganglions mésentériques n'étaient pas altérés; enfin, sur différentes portions des anses intestinales, on voyait de l'hypérémie du côté du péritoine et, à la surface de la muqueuse, la coloration hortensia qu'on rencontre dans le choléra.

Les cas auxquels on peut appliquer la dénomination de maladie d'Addison sont trop peu nombreux pour qu'il ne soit pas utile de faire connaître au public médical tous ceux que l'on peut étudier, surtout quand il s'agit d'un jeune sujet et quand l'examen cadavérique vient révéler des lésions importantes des capsules surrénales. En 1873, Charrit, ancien interne de Lyon, choisit pour sujet de sa thèse de doctorat (1) une série de 14 faits qu'il avait observés dans les hôpitaux de cette ville, l'année précédente, et qu'il intitulait : *Maladie bronzée hématique des enfants nouvau-nés*. Il mentionnait aussi, dans son travail, quelques cas semblables signalés, à Vienne (Autriche), par Pollak, et, à Paris, par le professeur Parrot. Dans ces observations, il est question d'une coloration brune du tégument avec hématurie; la maladie commence très peu de jours après la naissance et se termine à peu près invariablement par la mort en fort peu de temps; l'examen cadavérique révèle la présence d'un très grand nombre d'hématies dans les tubuli rénaux, mais les capsules surrénales sont normales. Ces faits n'ont donc pas d'analogie avec celui que nous venons de raconter; en réalité, la maladie d'Addison n'a été étudiée qu'un très petit nombre de fois pendant l'enfance, et presque toujours chez des sujets âgés d'au moins 10 ans. Le professeur Monti a cité l'exemple d'un garçon parvenu à sa onzième année et qui succomba. A cet âge, après avoir présenté, pendant

(1) Charrit : Thèse de Paris (1873).

Depuis lors, on est revenu bien souvent à la charge ; on a imaginé des muselières de tout genre. J'en ai vu, je ne sais où, un assortiment complet. Il y en avait qui ressemblaient à des masques de salles d'armes, et le chien qui la portait avait l'air d'un spadassin. D'autres évoquaient involontairement le souvenir de l'Homme au masque de fer ; il y en avait de compliquées et de simples. C'est cette dernière forme qui a prévalu. Elle ne gêne pas l'animal ; ce petit anneau de cuir souple et léger ne l'empêche pas d'ouvrir une gueule démesurée, et ne l'empêcherait pas davantage de mordre les passants, si l'envie lui en prenait. La laisse offre plus de garanties ; mais qu'elle est gênante pour l'animal, pour celui qu'il traîne et pour les personnes âgées qui trébuchent et se prennent les jambes dans cette corde tendue.

Et puis ne dit-on pas (c'est encore dans le *Bulletin municipal officiel* que j'ai lu cela qu'il y a de jeunes citoyens qui se font un jeu de couper malignement cette corde, ou d'enlever la muselière à quelque chien écarté et de conduire ensuite les bêtes, séduites par la reconnaissance, jusqu'à la fourrière où elles sont asphyxiées, car le mot abatage est une expression figurée. On va même jusqu'à accuser quelques sergents de ville de se livrer à des arrestations illégales pour gagner la prime ; mais ce sont là des calomnies qui ne méritent que le mépris. Toujours est-il que, pour fermer la bouche aux

trois ou quatre ans, la coloration bronzée de la peau. Mais ce cas, noté dans la *Revue des maladies de l'enfance* (de 1885), et dont M. Descroizilles a également parlé, dans la seconde édition de son *Traité de pathologie et de clinique infantiles,* diffère du nôtre au point de vue anatomo-pathologique ; à l'autopsie de l'enfant observé par Monti, on ne trouva qu'une atrophie considérable des capsules surrénales. Une observation très récente, recueillie à la Charité, dans le service de M. Desnos, et publiée par M. Dufour, son interne (2), présente au contraire avec la nôtre une grande ressemblance. Il y est question d'une fille de 26 ans, morte à la suite d'un état cachectique fort ancien, avec peau bronzée ; la teinte anormale du tégument durait depuis quatre ans. On a trouvé à l'autopsie de cette femme, comme chez notre petite fille, des lésions tuberculeuses développées dans le tissu des deux capsules surrénales et parvenues à différentes phases de leur évolution ; mais il y avait, en outre, ici une tuberculose pulmonaire des deux sommets, tandis que, dans le cas qui nous appartient, les capsules surrénales seules étaient altérées. Il n'est pas question, dans la relation de M. Dufour, de lésions du ganglion semi-lunaire et des filets du plexus solaire. A cet égard, nous n'avons également rien découvert à l'autopsie de notre malade. On sait que, d'après Rosenthal, Semmola, Jaccoud les altérations du grand sympathique joueraient le principal rôle dans la pathogénie de l'état pathologique caractérisé par la coloration bronzée de la peau. Mais ces lésions nerveuses ne sont pas constantes et les faits négatifs, à ce point de vue, sont aussi nombreux que les faits positifs. Il est vrai que la constance des altérations des capsules surrénales n'est pas plus grande.

Quoi qu'il en soit, notre observation établit une fois de plus qu'on peut rencontrer la maladie d'Addison chez l'enfant comme chez l'adulte, et que, pendant la période infantile, elle se manifeste, comme plus tard, non seulement par le teinte brune particulière du tégument, mais par des troubles cachectiques, des douleurs multiples et un marasme profond qui se termine

(2) *Gazette des hôpitaux* et *Abeille médicale* (1892).

---

intéressés, le préfet de police a pris un arrêté encore récent qui me paraît rendre désormais toute méprise impossible :

« Aujourd'hui, lorsqu'un chien portant à son collier le nom et l'adresse de son maître « est conduit à la fourrière, il est placé dans une niche isolée où, conformément au « décret du 22 juin 1882, il est gardé trois jours francs. Le propriétaire en est immé- « diatement informé par une carte postale, aux frais de l'administration. » Trois jours suffisent largement pour aller réclamer l'animal, et, par conséquent, on n'a plus la crainte de se voir enlever un chien auquel on tient, s'il vient à s'égarer sur la voie publique.

Il n'y a plus alors que les bohêmes, sans lieu ni maîtres, qui sont sacrifiés ; mais personne ne s'y intéresse, si ce n'est quelques cœurs sensibles qui aiment les chiens pour eux-mêmes, et je suis de ceux-là. Je ne crains pas qu'on m'accuse de faire du sentiment à leur égard. Je les aime d'une affection qui n'est pas partagée. J'ai maintes fois été leur victime, et je pourrais rééditer à leur égard le mot si spirituel et si connu d'Alphonse Karr. Il venait d'être à moitié dévoré par un énorme molosse qu'il avait à son service, et il écrivait dans ses *Guêpes* : « Mon chien m'aime, comme on aime « le beefsteack, pour me manger. » Je ne leur garde pas rancune, ils sont inconscients

par la mort, tantôt au bout de quelques semaines ou de quelques mois, tantôt au bout de plusieurs années, sans que la thérapeutique modifie sérieusement sa marche ou ait de l'influence sur sa terminaison. Notre malade a succombé à la suite d'accidents cholériformes, à une époque où l'épidémie cholérique faisait encore d'assez nombreuses victimes dans Paris et ses environs; mais il ne faut pas oublier que des accidents de même nature ont été notés dans d'autres cas de maladie d'Addison, en dehors de toute épidémie de choléra.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS L'OCCLUSION INTESTINALE PAR CALCULS BILIAIRES

Dans un article publié en collaboration avec mon maître, M. le docteur Kirmisson (1), nous nous sommes efforcés de montrer que l'occlusion intestinale par calculs biliaires présentait des particularités intéressantes, qu'elle s'observait presque toujours, pour ne pas dire toujours, sur des femmes âgées, que ses manifestations avaient l'allure d'une obstruction chronique, et qu'enfin la chute du calcul dans l'intestin avait lieu par suite de l'ulcération de la vésicule biliaire et des tuniques intestinales y adhérentes.

Nous avons surtout étudié la thérapeutique de cette affection, et, d'après le dépouillement de plus de cent observations, nous sommes arrivés à cette conclusion que le traitement ne devait pas être exclusivement chirurgicale, et qu'avant d'arriver à la laparotomie, il fallait avoir mis en usage les principaux moyens médicaux usités en pareille circonstance.

Depuis, de nouvelles observations ont été publiées, et, notamment, un cas de guérison par la laparotomie suivie d'entérotomie due à M. Pouzet,

(1) De l'occlusion ietestinale par calculs biliaires et de son traitement (*Archives générales de médecine*, février et mars 1892).

---

et croient bien faire. Je ne voudrais pas reproduire ici les vieux clichés qui traînent dans les vieux livres; il faut pourtant bien convenir que, dans toute la création, l'homme n'a pas d'ami plus fidèle et plus sûr que celui-là. C'ast l'ami de la dernière heure, l'ami quand même. Il aime l'homme, en dépit de ses injustices, de ses caprices, de ses fautes et de ses crimes. C'est l'ami du malheureux, mais c'est aussi celui du méchant. Les hommes égoïstes, ceux qui n'aiment personne, trouvent encore cette affection là pour les consoler de l'abandon dans lequel leurs semblables les laissent, et cela me remet en mémoire l'épitaphe que lord Byron, qui n'aimait pas les hommes, et qui ne méritait pas d'en être aimé, avait composée pour son chien :

Un ami sur la terre est une douce chose,
Je n'en eus jamais qu'un et c'est là qu'il repose.

Un animal qui a tant de qualités mérite bien quelques égards, et les médecins sont tenus plus que d'autres à prendre leur parti, eux qui se voient souvent forcés, de par la science, de leur infliger des tortures. On ne peut pourtant pas tout leur passer. Ce n'est assurément pas leur faute s'ils contractent la rage, et lorsqu'en proie à cette

de Cannes (2). Ce dernier fait suivre l'histoire de sa malade et le récit de son opération de quelques réflexions dans lesquelles, reproduisant nos chiffres et en ajoutant de nouveaux, il arrive à trouver 33 p. 100 de succès dans les cas où le ventre a été ouvert ainsi que l'intestin pour aller à la recherche du calcul. Nous ne discuterons pas ces statistiques, tout en faisant remarquer que, d'après nos calculs, le traitement médical (29 guérisons sur 80 malades, soit 36 p. 100) arrive à un meilleur résultat; mais nous nous permettrons de ne pas être tout à fait de l'avis du Dr Pouzet quand il dit qu'en se faisant les défenseurs des idées de temporisation qui ont cours dans le grand public, certains de nos confrères encourent une grande responsabilité ». Certes, il ne faut pas trop attendre et opérer les malades *in extremis*; mais, de l'étude des symptômes mêmes de l'occlusion intestinale par calculs biliaires, il ressort que, le plus souvent, les symptômes ne sont pas aigus, qu'on a le temps de suivre son malade plusieurs jours avant que sa vie ne soit en danger, que cette obstruction est presque toujours chronique, qu'on voit des sujets avoir des accidents de rétention stercorale, puis présenter des selles abondantes pour avoir une nouvelle attaque et cela jusqu'à l'évacuation du calcul. Il faut donc d'abord favoriser la sortie du corps étranger par la suppression complète des purgatifs qui ne font qu'irriter l'intestin, et administrer l'opium qui lève l'obstacle en faisant cesser la contracture et quelquefois même ordonner l'application de lavements électriques qui ont nombre de guérison à leur actif.

Est-ce à dire qu'il faudra persévérer dans ce traitement médical? Non, bien entendu, et, comme nous l'avons écrit, si l'amélioration n'arrive pas, si, au contraire, les accidents vont en augmentant, il faudra procéder, sans trop attendre, à la laparotomie, et nous avons fait remarquer que les guérisons consécutives à l'entérotomie avaient eu lieu chez des malades opérés avant le sixième jour, tandis que les morts avaient été la conséquence

(2) Un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire passé dans l'intestin. Laparotomie et entérotomie; guérison, par le docteur Pouzet, de Cannes (*Archives provinciales de chirurgie*, août 1892).

horrible névrose, ils déchirent le passant, ils sont assurément plus inconscients que jamais.

Je ne veux pas soulever la question de savoir si la vie d'un homme vaut celle de mille chiens. Elle est résolue par le sentiment universel. Il est vrai qu'on n'a entendu qu'une des parties et qu'on n'a pas demandé l'avis du principal intéressé; mais, en pratique, il faut avant tout sauvegarder les existences humaines. Or, dans le laps de huit années comprises entre 1883 et 1891, on a compté dans le département de la Seine 3,682 cas de rage chez les animaux et 67 décès chez les hommes, et cela en dépit de l'Institut Pasteur, grâce auquel la mortalité, à la suite de morsures, est tombée de 15 p. 100, proportion qu'elle atteignait autrefois, à 0,88 p. 100, chiffre auquel elle est réduite aujourd'hui. Malgré cette garantie qui diminue considérablement le nombre des victimes de la rage, il est impossible de la laisser courir les rues en toute liberté, et il faut bien, quoiqu'il en coûte, s'associer aux vœux du Conseil d'hygiène en réclamant l'application de la loi grâce à laquelle la rage a presque complètement disparu de l'empire allemand.

d'une intervention pratiquée à partir de la deuxième journée. C'est dire assez que la laparotomie doit être faite à temps dès qu'on a constaté l'échec des autres moyens.

Ce qui nous fait ne pas adopter ce mode d'intervention dans tous les cas, ce n'est pas seulement sa non indication chez certains malades qui guérissent sans elle ; c'est encore son incertitude. On sait combien sont sujettes à des surprises toutes les opérations pratiquées pour occlusion intestinale. La laparotomie n'échappe pas à la règle générale. Sur 28 laparotomies pour calculs biliaires arrêtés dans l'intestin que nous avons pu relever ; quatre fois on a été obligé de refermer l'abdomen sans avoir trouvé l'obstacle, et une fois on a dû pratiquer l'anus contre nature; mais, ce qu'il y a de plus curieux, c'est que, dans une observation publiée en juillet 1892 dans le *British medical Journal*, la laparotomie impuissante fut suivie, au bout d'une semaine, de l'évacuation, par l'anus, d'un calcul biliaire, cause des phénomènes d'occlusion. C'est Mayo Robson qui nous relate ce fait curieux dans lequel il s'agissait encore d'une femme âgée de 68 ans qui entra à l'hôpital huit jours après le début des accidents.

L'état de la malade s'aggravant, la laparotomie fut décidée. L'iléon était le siège de l'obstruction, et, comme on n'en trouvait pas la cause, on se décida à fixer une des anses à la paroi sans l'ouvrir. Un des fils lâcha; il se fit alors par la plaie un écoulement d'une certaine quantité de matières fécales; mais, les jours suivants, les garde-robes se firent normalement par le rectum, et, au bout d'une semaine, un calcul biliaire était rendu spontanément par l'anus. La guérison complète s'ensuivit.

On ne peut, certes, dans ce cas, mettre le succès sur le compte de la laparotomie, qu'il eût mieux valu ne pas pratiquer, puisque le calcul biliaire sortit de lui-même huit jours après l'opération; mais, il faut le dire, le diagnostic de la cause de l'occlusion intestinale est toujours très délicat, et même dans l'obstruction par calcul biliaire, où certaines particularités peuvent mettre le chirurgien sur la voie, il n'est pas toujours possible. C'est pourquoi l'aggravation des accidents commande de ne pas trop attendre pour aller lever l'obstacle; mais, nous le répétons, il faudra toujours, au préalable, avoir essayé le traitement médical.

Deux observations nouvelles, que nous avons recueillies dans la *France médicale,* prouvent encore son efficacité, elles sont instructives et nous nous permettrons, en terminant, de les citer brièvement. Elles sont dues à M. Sottas. Dans la première (1), il s'agissait d'un calcul biliaire volumineux qui, tombé de la vésicule dans l'intestin, avait occasionné une occlusion intestinale complète et, après bien des péripéties, avait été expulsé par les voies naturelles.

Dans la seconde (2), c'est un homme de 60 ans qui fut pris d'accidents d'étranglement au mois d'octobre 1891, accidents qui cessèrent complètement tout d'abord pour reparaître au mois d'avril suivant. Non seulement il y avait arrêt complet des matières fécales, mais encore vomissements opiniâtres et fécaloïdes. La magnésie fut prescrite et elle sembla, nous dit M. Sottas, exaspérer les vomissements, ce qui est loin de nous surprendre, d'après ce que nous avons dit plus haut des substances purgatives. La bel-

(1) *France médicale*, 14 et 16 février 1889.

(2) *France médicale*, 8 juillet 1892.

ladone, qui fut ici administrée au lieu et place de l'opium, parut agir favorablement, car, cinq jours après les premiers symptômes d'occlusion, le malade rendit un volumineux calcul, et tous les phénomènes inquiétants, tels que hoquet, nausées, vomissements, cessèrent presque immédiatement.

Pour nous résumer, nous dirons donc que, dans l'occlusion intestinale par calculs biliaires, la laparotomie avec entérotomie est l'extrême ressource, qu'il faudra la pratiquer dès que la gravité des accidents l'exigera; mais que, dans bon nombre de cas, ceux-ci s'amenderont sous l'influence d'un traitement approprié, c'est-à-dire la mise au repos de l'intestin par les calmants et la suppression des purgatifs.

Eugène ROCHARD.

Au moment de mettre sous presse, nous relevons (*Gazette des hôpitaux*, 5 janvier 1893), une observation de M. Le Bec dans laquelle la laparotomie avec entérotomie pour calcul biliaire fut suivie de mort.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1893. — Présidence de M. CHAUVEL.

SOMMAIRE : *Traitement de l'ectopie testiculaire. — Résection trochléiforme du coude. — Luxation congénitale de la hanche; opération de Hoffa. — Présentation d'instruments.*

La séance a été presque entièrement occupée par une intéressante discussion sur le TRAITEMENT DE L'ECTOPIE TESTICULAIRE. Cette question a été déjà plusieurs fois débattue à la Société de chirurgie; mais plus les opérations se multiplient, plus les procédés s'améliorent et plus nombreux aussi sont les résultats qui permettent de se faire une opinion sur la valeur des méthodes employées.

C'est à propos du procès-verbal que M. TERRILLON vient donner l'analyse de six cas traités par l'orchidopexie, et commence, avec plusieurs de ses collègues, par diviser les ectopies testiculaires en deux classes : celles qui sont accompagnées de hernie congénitale et celles qui ne sont pas suivies de cette complication. Dans les deux cas, la libération du testicule de la situation vicieuse dans laquelle il est placé sont l'objet des préoccupations de la plupart des chirurgiens.

Pour faire descendre la glande séminale, il faut d'abord libérer le canal déférent et les éléments du cordon. M. TERRILLON insiste sur les difficultés de cette manœuvre, difficultés qui augmentent au fur et à mesure qu'on remonte dans le trajet inguinal. Des tractus fibreux très vasculaires soudent ensemble artères, veines et le canal, et rendent la dissection minutieuse.

M. MARCHAND est absolument de l'avis de M. Terrillon et a même remarqué que les adhérences étaient très grandes à la racine des bourses, que le conduit vagino-péritonéal était d'une extrême minceur et se déchirait très facilement. Dans le canal inguinal, au contraire, le décollement deviendrait plus aisé; et ce décollement, d'après M. BERGER, doit être continué très haut, le plus haut possible. afin de permettre la descente du testicule. Cette dissection du cordon a tellement d'importance que M. CHAMPIONNIÈRE y

revient et en fait même une question de médecine opératoire recommandant d'opérer de haut en bas, d'inciser largement pour être certain de tomber au-dessus de ces tissus très durs qui entourent le canal déférent. Ce dernier, pour le chirurgien de Saint-Louis, doit être absolument libre, ou, si on ne peut pas le libérer, il faut pratiquer la castration, c'est ce qu'il a fait cinq fois. Aussi ne craint-il pas de pousser la dissection minutieuse du cordon jusqu'à ses dernières limites. Une fois même la libération fut si pénible, entraîna de telles manœuvres que le testicule se sphacéla. M. Tuffier partage la même opinion.

Un autre obstacle à la descente testiculaire est constitué par l'aberration du gubernaculum testis. M. Berger attire l'attention de ses collègues sur ce point. Pour sa part, il a été obligé de sectionner des faisceaux très résistants, allant soit à l'arcade de Fallope, soit dans le pli génito-crural. M. Tuffier cite aussi deux cas dans lesquels le gubernaculum aberré s'insérait en plein centre du périnée, et, une autre fois, sur l'épine iliaque.

Enfin, la libération du cordon produite, il faut faire une loge dans la partie du scrotum inhabité, de l'avis de tous les chirurgiens qui ont pris part à la discussion, et dans cette loge fixer le texticule. Cette question de la fixation n'est pas comprise de la même façon pour tous. M. Terrillon se sert d'un catgut passé dans le ligament fibreux qui réunit l'épididyme au pôle inférieur de la glande et en même temps dans la peau du scrotum.

M. Berger lie les deux chefs de sa ligature passés dans l'albuginée, et, dans le scrotum, sur un petit rouleau de gaze aseptique; mais il attache surtout de l'importance à la suture bien faite de toute cette partie cruentée qui représente l'ancien trajet du cordon spermatique.

Pour M. Championnière, le point important n'est pas la fixation du testicule, rien ne résiste à une rétraction fibreuse et moins la peau du scrotum que toute autre partie. Ce qu'il faut, c'est que la glande séminale n'ait pas la moindre tendance à remonter, et, pour cela, il ne suffit pas d'un point de catgut qu'il passe quelquefois; mais il est nécessaire que la libération du testicule et du cordon soit totale et complète.

Cette opinion est partagée, mais pas d'une façon aussi exclusive, par M. Tuffier, qui a essayé, mais en vain, de lutter contre la rétraction avec des fils en caoutchouc passés dans le testicule et prenant point d'appui sur la cuisse; mais il faut faire la suture de cette glande pour empêcher que, dans les premiers moments, elle ne reprenne des adhérences dans sa mauvaise attitude première.

Dans un très grand nombre de cas, l'ectopie s'accompagne de hernie congénitale et la conduite à tenir n'est pas tout à fait la même; il faut faire la cure radicale et tenter la descente testiculaire. M. Terrillon, chez 4 malades, a suivi cette conduite et M. Berger insiste sur la nécessité de bien vérifier l'état du conduit vagino-péritonéal. En effet, chaque fois qu'on rencontrera une vaginale incomplètement fermée à sa partie supérieure, en cherchant du côté de l'orifice péritonéal du canal inguinal, on rencontrera là aussi un infundibulum dans lequel la hernie s'engage. Dans ces cas, l'occlusion du conduit vagino-péritonéal ne s'est faite qu'à la partie moyenne.

Quand il y aura communication entre la vaginale incomplètement formée et l'abdomen, il ne faudra pas hésiter à sectionner circulairement la séreuse au-dessus du testicule. Cette membrane s'oppose, en effet, à la descente de la glande par le chirurgien, qui aura soin, une fois cette section faite, de suturer la vaginale en haut pour la compléter et d'obturer aussi complètement que possible la cavité péritonéale à l'aide d'une ligature. Cette opinion est absolument celle de M. Championnière, qui, sur un nombre considérable de malades opérés par lui, a toujours trouvé cette disposition infundibuliforme du péritoine dans le canal vaginal. Ce chirurgien, comme M. Berger, fait des

ligatures aussi haut et aussi bas que possible pour séparer autant qu'il peut le testicule du péritoine.

Tout autre est la pratique de M. Félizet, qui pense que la conduite à tenir ne doit pas être la même chez les adultes et chez les enfants, et qui a en vue le traitement de l'ectopie testiculaire chez ces derniers. Bien loin de redouter le trajet séreux et de le détruire, il le considère comme très important, parce qu'il facilite la descente du testicule. Chez les enfants, notamment, le péritoine glisse aisément dans le scrotum sous l'effort et le poids de la glande séminale. Il se forme une vaginale, le conduit vagino-péritonéal peut s'obstruer, et s'il ne s'obture pas, une simple cure radicale guérira la hernie, l'ectopie n'existant plus. Aussi recommande t-il aux parents de ses petits malades de ne pas faire porter de bandage à l'enfant, bien au contraire, par des manœuvres, il agrandit les anneaux et fait tout, en un mot, pour faire franchir au testicule l'orifice extérieur du trajet inguinal.

Ces différentes opérations guérissent quelquefois l'ectopie testiculaire. La glande reste en place, augmente de volume. C'est ce que M. Terrillon a constaté trois fois sur six, et les opérations datent de 3 ans, 18 mois et 13 mois; mais souvent il y a échec, ou l'intervention n'est même pas indiquée, à cause de l'atrophie déjà considérable de la glande ou de sa situation trop profonde. Il faut, dans ces cas, avoir recours à la castration. C'est ce qu'a fait deux fois M. Terrillon. C'est ce qu'a pratiqué aussi M. Berger sur un sujet portant un testicule atrophié, fixé dans l'abdomen, et dont l'épididyme séparé tombait en anse dans le fond du scrotum, qui présentait à l'intérieur un revêtement séreux. Ici il y avait assez de longueur du canal déférent; mais il était impossible de dénicher la glande de la place qu'elle occupait sans lui faire subir de trop grands dégâts. M. Routier dut aussi pratiquer la castration dans un cas à peu près analogue. Dans le cours d'une cure radicale, il trouva en effet un testicule ectopié, un conduit vagino-péritonéal perméable jusqu'au fond des bourses, mais pas de longueur suffisante du canal déférent pour permettre à la glande de descendre. Cette observation serait en contradiction avec les faits énoncés par M. Félizet.

M. Kirmisson fait un premier rapport sur une opération de résection trocléiforme du coude, pratiquée par M. Denucé, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse, et cela avec un plein succès et la conservation complète de tous les mouvements de l'articulation.

Une opération de Hoffa, pour une luxation congénitale de la hanche, pratiquée par le chirurgien de Bordeaux, fait l'objet d'un second rapport de M. Kirmisson, qui a, pour sa part, fait cinq de ces opérations, et qui compte revenir sur cette question dans une séance ultérieure. Chez le malade de M. Denucé, il existait de la lordose, de la scoliose, et 5 centimètres de raccourcissement, dont 3 pour l'ascension de la tête et 2 pour l'atrophie du squelette du membre. Une incision longitudinale fendit les muscles et la capsule, qui fut désinsérée sur tout le pourtour inférieur. Le doigt, explorant la cavité cotyloïde, la trouva petite et triangulaire et constata l'absence du ligament rond. Les muscles trochantériens furent détachés, la cavité excaviée à la curette, et la tête put rentrer dans la cavité. Un appareil plâtré fut placé, et le membre soumis à l'extension continue. Deux mois après, la malade sortait de l'hôpital. Elle fut revue un an après par M. Denucé, qui constata la disparition de la lordose et de la scoliose, la bonne attitude de la tête fémorale. mais la persistance d'un raccourcissement de 3 centimètres seulement, attribuable à l'absence à peu près complète du col fémoral.

Au commencement de la séance, M. Félizet rappelle que, dans le courant de l'année dernière, il a présenté aux membres de la Société de chirurgie, une *aiguille à fil courant*, fondée sur le principe de la machine à coudre, et semblable à celle qu'on voit aujourd'hui représentée dans divers journaux sous le nom d'*aiguille de Montaz*.

Eugène Rochard.

COURRIER

Corps de santé de la marine et des colonies. — Par décret, en date du 2 janvier 1893, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Kermorgant, médecin inspecteur de 2e classe des colonies.

Au grade de chevalier.— MM. les docteurs Bréchot et Guérin, médecin de 1re classe des colonies.

— Par décret, en date du 2 janvier 1893, ont été promus dans le Corps de santé des colonies :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Geoffroy.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de 1re classe Nicomède, Canoville et Néis.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. les médecins de 2e classe Nottet et Lacarrière.

Facultés et Ecoles de médecine. — *Faculté de médecine de Toulouse.* — Sont maintenus pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de chefs de clinique : MM. Destarac, clinique médicale; Rispal, clinique médicale; Chamayou, clinique chirurgicale; Hieber clinique obstétricale; Batut, clinique ophtalmologique; Chabaud, clinique des maladies des enfants.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Dubois est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Chapplin, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est nommé directeur honoraire à dater du 27 décembre 1892.

M. Livon, professseur de physiologie, est nommé, pour trois ans, directeur.

Faculté de médecine de Lille. — M. Puvion est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Nicolas est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, préparateur du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— Par décret en date du 2 janvier 1893, M. Rouget, professeur de physiologie générale au Muséum, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé professeur honoraire au Muséum.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HYGIÈNE

L'USINE FRIGORIFIQUE DE LA VILLETTE

Le Conseil municipal a pris, le 28 novembre dernier, une décision d'une grande importance pour l'alimentation de la ville de Paris. Sur le rapport fait par M. Deligny au nom de la Commission de ravitaillement, il a voté un crédit de 650,000 francs à l'effet d'installer, aux abattoirs de la Villette, une usine frigorifique type, pour la congélation et la conservation des viandes. L'exécution en est concédée à la Compagnie française des moteurs à gaz et des constructions mécaniques (1). Il y a longtemps que cette affaire est pendante ; la création de dépôts frigorifiques a été provoquée par la nécessité d'assurer le ravitaillement de Paris en cas de guerre.

On sait qu'au moment de l'incident Schnœbelé, un conflit avec l'Allemagne parut possible ; le Conseil municipal, se souvenant de l'année terrible, voulut alors prévenir le retour des souffrances endurées pendant le siège par la population de Paris, et il a constitué, d'accord avec le ministre de la guerre, une commission mixte de ravitaillement avec mission de faire une étude complète de l'application du froid à la conservation des viandes dans des entrepôts frigorifiques. Ceux-ci devront être de deux sortes : les uns destinés au *service ordinaire*, à la consommation courante et entretenus à une température de 2 à 4 degrés au-dessous de 0 ; les autres, dits de *service extraordinaire*, réservés pour le ravitaillement en cas de siège ou pour les approvisionnements militaires, et dans lesquels les viandes devront être congelées à — 10 et conservée à — 4° (2).

L'usine frigorifique et le laboratoire de l'entrepôt militaire de Billancourt furent mis à la disposition de la commission qui a pu, de cette façon, vérifier expérimentalement les indications fournies par les constructeurs d'appareils frigorifiques. Elle a pu établir avec précision les quantités d'unités frigorifiques ou *frigories* nécessaires pour conserver la viande dans les conditions du service ordinaire et pour la congeler en vue d'un séjour prolongé dans les entrepôts. D'après les calculs de M. A. Petsche, l'ingénieur ordinaire, il faut, dans le premier cas, 150,000 *frigories nominales* à l'heure (moyenne de vingt-quatre heures), et, dans le second, 240,000 *frigories nominales* à l'heure (moyenne de vingt-quatre heures). Pour réduire le nombre d'heures de marche à vingt heures et parer aux avaries, il faut que les machines puissent développer une puissance nominale de 300,000 frigories (3).

Ces conditions posées, il a été ouvert un concours à la suite duquel

(1) *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris.* (Compte rendu de la séance du 28 novembre 1892.)

(2) Rapport présenté par M. Deligny au nom de la Commission de ravitaillement sur la construction d'une usine frigorifique type aux abattoirs de la Villette, 25 novembre 1892, n° 163.

(3) Rapport de l'ingénieur ordinaire, annexe n° 3, p. 16.

l'exécution du projet a été confié à la Société des moteurs à gaz et des constructions mécaniques. La ville de Paris restera propriétaire de l'entrepôt, mais le ministère de la guerre s'en réserve l'emploi en cas de siège, et consent à acquitter la moitié des frais d'installation (1).

La conclusion de cette affaire, depuis si longtemps en suspens, a rappelé l'attention des hygiénistes sur la question des viandes congelées qui, jusqu'ici, n'avait pas pris en France ce degré d'importance et ce caractère d'actualité. C'est là ce qui nous engage à en parler aujourd'hui.

De tous les moyens de conserver les aliments, le froid est celui qui donne les meilleurs résultats et qui peut s'appliquer sur la plus grande échelle. Il a l'avantage sur les autres de ne faire intervenir aucun élément étranger, et de conserver aux viandes leur aspect, leur constitution moléculaire et leur pouvoir nutritif. Il se borne à arrêter la fermentation et les décompositions chimiques.

Le froid, pourtant, ne tue pas les microbes. M. Pasteur a reconnu, depuis bien longtemps déjà, qu'ils résistent presque tous à de très basses températures, qu'ils soient inoffensifs ou pathogènes ; le microscope les a décelés dans la glace qui se forme sur les eaux d'égout; on y a notamment trouvé le bacille de la fièvre typhoïde. Enfin, on a observé, à Eresham, une épidémie de fièvre typhoïde due à l'absorption de glaces fabriquées avec l'eau d'un puits infecté; mais, si les microbes, et surtout leurs spores, peuvent subir impunément de longs mois de congélation, leur développement et leur multiplication sont arrêtés ; ils sont mis dans l'impossibilité de nuire ; cela suffit au point de vue de la congélation des viandes.

Le degré d'abaissement de la température varie suivant le but qu'on se propose. Lorsqu'il s'agit tout simplement de transporter les viandes à courte distance ou de les conserver sur place, lorsqu'elles ne doivent pas être consommées sur le champ, il suffit de les RÉFRIGÉRER, c'est-à-dire de les maintenir à une température voisine de 0°. Quand la conservation doit durer pendant plusieurs mois, quand les viandes doivent subir des transbordements, traverser la zone torride, il faut abaisser la température jusqu'à — 15°. Elles acquièrent alors la dureté du marbre, et on peut les conserver indéfiniment en les maintenant dans une enceinte à la température de — 5°.

Les moyens de produire la réfrigération sont de plusieurs sortes. Le plus simple, le plus anciennement employé, c'est la glace en nature. Il est encore très répandu en Amérique. On y fabrique des wagons spéciaux pour le transport en grand des viandes et du laitage. A l'Exposition de 1889, on pouvait voir un de ces wagons installé dans la section des Etats-Unis. Ils sont à doubles parois formées de papier et très isolantes. La glace s'introduit dans l'intervalle. On en met 2,800 kilogrammes la première fois et, tous les dix jours, on fait le plein. Le déchet est de 200 kilogrammes par jour. Il existe aux Etats-Unis 6,000 de ces wagons qui transportent les viandes dans toutes les directions. Il y en a qui vont de Chicago à la Nouvelle-Orléans.

La glace en nature est un moyen pratique dans l'Amérique du Nord, où il est facile de s'en procurer en quantités considérables; mais, sur le continent européen, ce serait un expédient trop dispendieux, et on y préfère

(1) Lettre du ministre de la guerre au préfet de la Seine en date du 27 juin 1892.

l'emploi des appareils. Il y en a de deux sortes. Dans les uns, on produit la congélation à l'aide de réactions chimiques. C'est le système Carré, celui qui est employé à la Morgue de Paris. La machine Fixary, qu'on voyait à l'Exposition universelle de 1889, derrière le palais de l'Hygiène, repose sur le même principe et fonctionne également par l'ammoniaque. On se souvient encore des quartiers de bœuf et des gigots de mouton qu'on apercevait à travers les vitres et qui sont restés intacts pendant plusieurs mois.

Dans le second système, le refroidissement est produit par la détente de l'air comprimé. On sait qu'à ce moment la vapeur d'eau qu'il renferme se dépose instantanément sous la forme de flocons de givre. On peut obtenir ainsi des froids considérables. Dans la galerie des Machines, à l'Exposition de 1889, la Société de l'air comprimé avait fait installer une chambre de froid qu'elle louait aux restaurateurs du Champ-de-Mars, et dans laquelle la température pouvait descendre à — 20°. La machine Hall peut produire un froid de — 70°. C'est elle qui fonctionne à bord des navires qui font le ransport des viandes de la Plata en Europe.

Depuis quelques années, ce commerce a pris une grande extension. L'Amérique du Sud expédie des quantités considérables de bœufs découpés en quartiers et l'Australie envoie en Angleterre des milliers de moutons à l'état de *carcasses*, c'est-à-dire contenus dans des sacs de toile. Les viandes sont embarquées sur des navires construits à cet effet. La machine Hall est installée à bord d'une centaine de ces transports dont chacun peut embarquer de trente à quarante mille moutons. La maison Sansisena, qui fait le commerce des viandes de La Plata, avait monté une de ces machines dans le pavillon de la République argentine, avec un spécimen des chambres à froid de ses navires.

Ce commerce se fait en grand entre les pays de production, d'une part, la Belgique et l'Angleterre de l'autre. Dans ce dernier pays, il prend plus d'extension d'année en année. En 1881, on n'a importé que 15,000 moutons; en 1886, on en a débarqué plus d'un million provenant de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande. Malgré les frais de transport et d'emmagasinage, les viandes congelées vendues au détail coûtent moitié moins cher que celles que produit l'Angleterre. La conservation est si parfaite, à la vue comme au toucher, qu'il est difficile de les reconnaître de la viande fraîche, lorsqu'elles sortent des chambres de réfrigération; mais cette brillante apparence ne dure pas longtemps, aussitôt que ces produits sont exposés à l'air et qu'ils dégèlent, la condensation de la vapeur contenue dans l'air chaud les rend humides, flasques; ils dégagent une odeur de relent que la cuisson ne fait pas disparaître. Enfin, au bout de quelque temps, ils deviennent sales, dégoûtants et se couvrent de moisissures. Le liquide séreux rougeâtre qui infiltre le tissu cellulaire est un milieu de culture favorable aux germes saprogènes et favorise la putréfaction Il faut que ces viandes soient dégelées dans un air très sec.

Cette décomposition rapide a nécessité la création, sur les lieux de production comme en Angleterre, de magasins installés en chambres réfrigérantes, où les animaux abattus, préparés et convenablement arrimés, sont amenés à l'état de congélation complète et maintenus ainsi jusqu'à l'arrivée des navires qui doivent les transporter. Ils sont arrimés dans la cale de ces navires, maintenus au même degré de froid et débarqués à l'arrivée dans

des docks pourvus de chambres réfrigérantes, auxquelles sont annexés des compartiments où l'on entretient la sécheresse de l'air pour les dégeler graduellement. On trouve de ces chambres à *Victoria dock*, *East-India dock*, *South-Weit-India dock* et dans les galeries situées sous la gare de *Cannon street*. Les grands établissements pour le débit de la viande au détail, tels que *Smithfield-Market*, *Leadenhal-Market* ont également transformé leurs caves en chambres réfrigérantes. Glascow a suivi l'exemple de Londres et des abattoirs semblables se sont élevés en Belgique.

Les essais qu'on a faits en France pour l'importation des viandes congelées n'ont pas réussi jusqu'à ce jour. En 1880, deux navires, le *Paraguay* et le *Frigorifique*, en apportèrent chacun un chargement à Paris en fort bon état de conservation. Les moutons, notamment, ressemblaient à ceux de nos abattoirs, sauf la couleur des muscles, qui était d'un rouge un peu moins vif. Au microscope, les fibres musculaires présentaient leur aspect normal et la sérosité interstitielle était congelée. Ces viandes furent trouvées excellentes, à la condition d'être consommées immédiatement; mais l'entreprise fut désastreuse au point de vue financier. On a pourtant recommencé en 1889; un navire est arrivé au port Saint-Nicolas avec un chargement de moutons, de poissons et de gibier semblables à des blocs de glace et qui ont été vendus à la criée. Il n'en est pas venu d'autres.

Aujourd'hui, la question change de face. Il ne s'agit plus d'un chargement de viandes congelées jeté de loin en loin sur le marché; c'est un immense entrepôt contenant l'approvisionnement nécessaire pour le ravitaillement de Paris qu'on va construire, en attendant ceux qui s'élèveront près des grandes Halles et des marchés de quartier (1). Déjà, à la nouvelle Bourse de commerce, à côté des ventilateurs mus par l'air comprimé, on a disposé des chambres de froid qu'on loue aux marchands pour conserver les aliments altérables qu'ils n'ont pas pu écouler.

L'usine qu'on va construire à la Villette ne repose pas sur le même principe. C'est une machine du système Fixari, comme celles qui fonctionnent à la Morgue et à la salle de patinage perpétuel du *Pôle Nord* (2) qu'on va y installer. L'établissement est outillé pour la *congélation à cœur* de 20,000 kilogrammes de viande par vingt-quatre heures et le service des abattoirs pourra d'ores et déjà mettre à la disposition des bouchers une capacité utile de 2,600 mètres cubes correspondant à l'entreposage de 200,000 à 250,000 kilogrammes de viandes. « L'entrepôt frigorifique étant « géré administrativement, la Ville espère qu'il pourra devenir un régula- « teur efficace des prix en libérant le petit boucher de l'intervention, au- « jourd'hui inévitable, du boucher en gros (3). »

(1) Décision du Conseil municipal du 6 février 1890.

(2) Au Pôle Nord, ce sont deux machines Fixary horizontales à double effet, dont une de rechange, de 50,000 *frigories-heures* chacune, conduites par deux *Corliss*, à distribution *Stoppani* de 50 chevaux à 65 tours par minute. La moitié de la force de ces moteurs est absorbée par l'éclairage électrique, le compresseur de 50,000 frigories n'absorbant que 25 chevaux. Ces machines fonctionnent à l'aide d'une circulation de gaz ammoniac toujours la même refoulée dans des condenseurs refroidis par l'eau de la Ville, où il se liquéfie pour aller ensuite se détendre et produire le froid dans les réfrigérants d'où les machines l'aspirent. (*L'Universelle* du 22 novembre 1892, nº 27, p. 14.)

(3) Rapport de M. Deligny, *loc. cit.*, p. 5.

Quoi qu'il en soit, nous devons nous attendre à voir prochainement les viandes congelées se répandre sur nos marchés, et c'est une éventualité dont l'hygiène alimentaire doit se préoccuper.

Elles ne sont pas malsaines au moment où elles sortent des chambres de froid; mais, ainsi que nous l'avons dit, elles s'altèrent avec une rapidité telle qu'il faut les consommer le jour même, et c'est chose bien difficile dans une grande ville où les distances sont considérables, où l'on s'approvisionne le plus souvent dans des marchés de quartier auxquels les denrées n'arrivent que de seconde main. Beaucoup de ménages font leurs achats à l'avance et, dans l'été surtout, il est bien à craindre que ces viandes congelées n'arrivent dans un fâcheux état sur les tables peu fortunées. Il faudra donc que le service de l'inspection des viandes, réorganisé par l'arrêté du 21 juillet 1890, redouble, à cette époque, de vigilance et de sévérité.

Il faudra surtout que le consommateur soit fixé sur la provenance de la viande qu'il achètera, car les bœufs et les moutons de provenance exotique profiteront vraisemblablement des facilités qui vont leur être offertes. Or, en dehors même de la conservation, les bœufs de la Plata et les moutons d'Australie sont loin de valoir ceux que nourrissent nos pâturages de Bretagne et de Normandie. Les bouchers prélèvent, sur ces derniers, des bénéfices assez exorbitants pour ne pas nous vendre à leur place des aloyaux venant de l'Amérique du Sud et des gigots ayant fait le tour du monde.

Il sera donc indispensable de traiter ces viandes comme celles qui nous viennent d'Allemagne et d'y appliquer une estampille très visible qui permettent de les reconnaître au premier coup d'œil. Ce sera plus simple et plus pratique que de les examiner au microscope, bien que ce moyen de contrôle ne soit pas à dédaigner. M. Maljean, médecin-major de 1[re] classe, a signalé un caractère distinctif facile à constater. C'est l'aspect des globules du sang obtenus par le râclage. Dans les viandes congelées, ils sont décolorés, déformés et nagent dans un sérum d'une teinte verdâtre uniforme. Il n'en reste plus un seul à l'état normal, et cela se comprend, parce que le froid fait éclater les globules rouges; la matière colorante s'extravase dans le sérum, où on la retrouve sous forme de cristaux irréguliers colorés en jaune-brun. L'examen microscopique le plus élémentaire suffit ainsi pour faire reconnaître les viandes dont il s'agit (1).

J. Rochard.

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

Spasme des paupières. — Blépharospasme.

Par M. E. Valude

Le spasme des paupières, ou blépharospasme, consiste en une contraction clonique et souvent rythmée du muscle orbiculaire des paupières, ou même en une contracture tonique passagère. Il existe encore une variété

(1) P.-A. Maljean : Sur un moyen de reconnaître les viandes congelées. (*Archives de médecine militaire*, novembre 1891, p. 389.)

de blépharospasme permanent qui est plutôt une contracture orbiculaire symptomatique de certaines affections douloureuses de l'œil qu'une maladie spéciale ; c'est un blépharospasme *secondaire*.

Blépharospasme secondaire. — Il constitue un phénomène concomitant de plusieurs maladies de l'œil ; on l'observe dans les kératites, surtout dans les kératites scrofuleuses de l'enfance, dans certaines conjonctivites, dans les corps étrangers oculaires, et enfin au début des accidents de l'ophthalmie sympathique.

Cette variété de blépharospasme constitue donc une contraction permanente, une contracture plus ou moins énergique des paupières qui restent serrées fortement l'une contre l'autre, et d'autant plus que le malade sera exposé à une plus vive lumière. Généralement, l'œil ne consent à s'entr'ouvrir qu'à contre-jour ou seulement dans l'obscurité ; il est des degrés extrêmes de blépharospasme où la contracture persiste dans le noir le plus absolu, et dans ces cas-là les paupières opposent une résistance très grande au chirurgien qui cherche à les ouvrir, soit avec les doigts, soit avec des écarteurs.

La lésion primitive à la suite de laquelle se montre le blépharospasme comme phénomène concomitant n'offre pas toujours une gravité en rapport avec l'intensité de ce phénomène, et il n'est pas rare de voir une contracture très énergique être occasionnée par une ulcération très peu importante de la cornée.

Cette disproportion entre la cause et l'effet indique que, dans l'étiologie de cette variété de blépharospasme, il faut tenir un certain compte de l'état général névropathique du sujet ; telle kératite qui évoluera sans contractures chez un enfant de santé normale, se compliquera de blépharospasme chez un autre, s'il est sujet à des accidents nerveux ou simplement prédisposé.

Le blépharospasme s'accompagne presque toujours de photophobie et de larmoiement ; il cesse ordinairement avec la maladie qui l'a causé ; cependant, chez certains individus, on l'a vu se prolonger pendant une très longue période après la cessation des accidents cornéens.

Traitement. — Comme le blépharospasme secondaire cesse habituellement de se produire quand l'affection qui l'a engendré a disparu, le traitement le plus efficace sera naturellement celui qui réussira le mieux contre la maladie fondamentale. On ordonnera, par exemple, des instillations répétées d'atropine à 1 p. c., et des applications de pommade jaune à 1 p. 30 dans le cas de kérato-conjonctivite phlycténulaire de l'enfance.

Toutefois, il est indiqué, tout en s'adressant à l'affection principale, de traiter aussi le blépharospasme, si celui-ci est assez intense pour être devenu une gêne réelle ; et le cas est encore assez fréquent.

On essayera d'abord les onctions sur les paupières avec l'onguent napolitain belladoné, puis, si ces applications restent insuffisantes, des badigeonnages de la peau des paupières avec une mixture de teinture d'iode et de glycérine.

Un bon moyen de faire disparaître le blépharospasme si violent que présentent parfois les enfants atteints de kératite ulcéreuse, consiste à projeter sur les paupières, à la distance de 20 centimètres, un jet, *aussi violent que possible*, d'eau *glacée*. On peut obtenir le même résultat en immergeant brusquement la face de l'enfant dans une cuvette d'eau glacée et en l'y

maintenant pendant quelques secondes ou une minute, jusqu'à ce qu'il devienne absolument nécessaire de respirer.

Un procédé très simple et qui, en certains cas, est très efficace pour faire cesser le blépharospasme tonique des affections inflammatoires de l'œil, consiste, ainsi que l'a montré le professeur Gayet, dans la dilatation forcée de la fente palpébrale. Une fois ou deux par jour, et durant quelques minutes, on placera entre les paupières un blépharostat armé d'un bon ressort, et ouvert aussi grandement que possible. On devra commencer cette dilatation par une durée peu longue et par un degré d'écartement peu considérable pour augmenter progressivement.

Enfin. dans certains cas où tout reste impuissant à rompre le spasme tonique des paupières, on cherche à en triompher par un moyen qui semble radicale au premier abord, et qui consiste à sectionner en travers le muscle orbiculaire, agent de la contracture. Pour cela faire, on glisse une branche de ciseaux droits, sous la commissure externe et jusqu'au fond, puis on tranche complètement cette commissure. Cette opération, qui laisse ordinairement après elle de fort vilaines traces, surtout lorsqu'il s'agit d'yeux atteints d'ophtalmie, a, de plus, cet inconvénient de n'être pas assez efficace et ses résultats en sont plus qu'incertains. On peut y songer, cependant, dans la contracture des paupières, mais seulement en dernier ressort.

Le blépharospasme constitue par lui-même en entité morbide propre, comprend deux formes distinctes : le blépharospasme non douloureux et le blépharospasme douloureux. Ces deux variétés de spasmes palpébraux forment souvent l'appoint de spasmes étendus à la face entière, et que l'on connaît sous l'étiquette de tics douloureux et non douloureux.

Blépharospasme non doulourenx. — C'est un spasme des deux paupières qui peut aller du simple petit frémissement, ou clignottement léger, jusqu'à la contraction la plus accentuée. Le blépharospasme simple est d'ordinaire clonique et plus ou moins rythmé; plus rarement, il est tonique et survient par accès qui sont provoqués soit par l'émotion, soit par l'attention. L'émotion, l'intimidation ou l'attention seule ont sur le blépharospasme une double action possible : ou elles augmentent les contractions palpébrales, ou, au contraire, elles les diminuent jusqu'à les suspendre tout à fait.

Cet état de choses s'observe en dehors de toute espèce d'état pathologique de l'œil et des paupières; celles-ci conservent, à l'état de repos, leur aspect normal.

Etiologie. — L'étiologie du blépharospasme est assez mal définie. Quand il existe de la carie dentaire et que l'ablation de la dent malade a fait cesser le blépharospasme, on admet qu'il s'agissait alors d'une affection réflexe; mais, en dehors de cette cause facile à délimiter, l'incertitude est grande. On a supposé l'existence d'une névrose propre au nerf facial et, dans ce cas particulier, des branches nerveuses dévolues à l'innervation du muscle orbiculaire. On a cité encore l'hystérie, et surtout la tare dégénérative névropathique, comme la cause première de ces accidents. Il est certain que la plupart des malades atteints de blépharospasme comportent une tare nerveuse héréditaire, que leurs ascendants soient aliénés ou nerveux, ou même qu'ils soient simplement alcooliques.

Traitement. — L'énumération de ces causes générales de blépharospasme rend déjà compte de l'inefficacité, et surtout de l'inanité de certains modes de traitement de cette maladie. Que peut faire, en effet, le débridement du canthus externe ou la résection nerveuse sus-orbitaire, s'il s'agit d'un dégénéré psychique en proie au blépharospasme? Et cependant ces divers modes de traitement sont souvent aussi appliqués mal à propos; il importe de se conformer aux indications étiologiques pour le choix de la thérapeutique.

S'il s'agit d'un réflexe dentaire, après avoir supprimé le corps du délit on cherchera, par le massage forcé pratiqué sur les paupières dans la direction du front et de la joue, à rompre le spasme. Si l'hystérie est en jeu, on s'adressera à la métallotérapie, dont on a tiré quelques bons effets en pareil cas.

Le débridement du sphincter palpébral, qui est parfois indiqué dans le blépharopasme secondaire, ne l'est pour ainsi dire jamais lorsque l'affection est purement nerveuse; on ne doit penser à cette opération que lorsque le spasme palpébral offre les caractères d'une tonicité extrême rendant l'écartement des paupières impossible. Même en pareil cas, la canthoplastie reste toujours une opération quelque peu irrationnelle; le blépharospasme étant d'ordre nerveux et non dangereux pour l'intégrité de l'œil.

Aussi illogique et non moins impuissante souvent est la névrotomie sous-cutanée du nerf orbitaire ou encore l'élongation des branches du trijumeau. On sait que la première de ces deux opérations consiste à enfoncer un bistouri long et étroit sous la peau au-dessus du sourcil et à le faire pénétrer horizontalement sur toute sa longueur, couché auprès du rebord orbitaire. Ce premier temps achevé, on tourne le couteau de manière à ce que le tranchant soit appuyé verticalement sur le périoste, et on le retire en coupant sous lui toutes les parties molles, y compris (du moins on l'espère) les branches nerveuses sus-orbitaires. Or, la section sous-cutanée ainsi effectuée demeure toujours fort imparfaite, mais, fût-elle complète, que les branches seules qui vont au frontal seraient intéresssées et non pas justement celles qui se rendent au muscle orbiculaire des paupières, et qui, d'ailleurs, sont des branches nerveuses sensitives. Si on a cité des guérisons à la suite de ces opérations, il est à penser que l'opération aura agi alors comme l'a fait parfois l'application d'une couche de teinture d'iode sur la première vertèbre cervicale, par action réflexe hystérique ou névropathique. Si une opération avait sa raison d'être, ce serait plutôt, à notre avis, l'élongation de la branche supérieure du nerf facial, mais celle-ci n'a point été encore pratiquée.

Nous pensons que, pour améliorer ces blépharospasmes, c'est au traitement général : hydrothérapie, préparations quiniques et bromurées, qu'il faut s'adresser.

Blépharospasme douloureux. — Les symptômes de contraction sont les mêmes que précédemment, mais ils offrent bien plus fréquemment le type tonique par accès et souvent anssi ils sont étendus à toute la face.

Ce qui est particulier, ce sont les douleurs névralgiques, vives, tenaces, insupportables par leur continuité, qui tourmentent les malades atteints de tic douloureux et finissent par leur rendre la vie intolérable.

Traitement. — Les médications calmantes ont peu de prise sur cet état de choses, et, très rapidement, on est amené à chercher la voie du salut du côté de l'action chirurgicale.

Ici, avec plus de raison que précédemment, on serait en droit de tenter la section sous-cutanée des filets nerveux sus-orbitaires, puisque ces nerfs sont sensitifs, mais il sera préférable de s'attaquer directement aux troncs et de pratiquer l'élongation et même l'arrachement des nerfs sus et sous orbitaires.

Quand l'arrachement de ces nerfs échoue, on a recours parfois à une opération assez compliquée et qui consiste à aller chercher et arracher le ganglions de Meckel, qui commande au nerf sous-orbitaire et qui siège au fond de la fente ptérigo-maxillaire.

Ce procédé opératoire, connu sous le nom de Lossen-Braun, a été repris en France par Chalot et Segond ; nous ne pouvons que renvoyer à ces auteurs pour la description de cette opération un peu spéciale.

BIBLIOTHÈQUE

AN AMERICAN TEST-BOOK OF SURGERY FOR PRACTITIONERS AND STRUDENTS, by WILLIAM W. KEEN, MD. LLD., and. F. WILLIAM WHITE, MD., Ph. D. — Philadelphia. W. B., Saunders, 1892.

Le livre de chirurgie que nous annonçons au public est dû à la plume de treize collaborateurs qui, sous la direction des docteurs W. Keen et W. White, se sont chargés de réunir en un volume tout ce qui peut intéresser le praticien et l'étudiant. C'est, comme on le voit, un essai analogue à celui qui vient d'avoir tant de succès en France. Grâce à une justification très serrée, et au nombre de 1,200 pages, les auteurs ont pu réunir en un livre tout ce qui a trait à l'art du chirurgien.

Dans la première partie de l'ouvrage, les questions générales ayant trait à la bactériologie, à l'inflammation, à la cicatrisation, aux suppurations et aux accidents des plaies sont d'abord étudiées avec un luxe de planches coloriées qui, pour les microbes, notamment, sont particulièrement soignées.

Dans la seconde partie du volume, la chirurgie spéciale est traitée à peu près dans l'ordre suivi par les auteurs français, avec cette différence, toutefois, que les maladies des yeux et des oreilles sont placées à la fin de l'ouvrage et que les affections des membres ne sont pas étudiées spécialement, mais rentrent dans la description des maladies du système osseux et articulaire. Il existe même un petit chapitre spécial de chirurgie orthopédique.

Nous ne pouvons pas analyser ici tous les articles, mais certains passages nous ont frappé, notamment dans la description des affections de l'abdomen. L'anastomose intestinale et ses différents procédés y sont exposés avec assez d'étendue. L'iléocolostomie par le procédé des plaques décalcifiées de Senn y est longuement traitée et accompagnée de figures qui facilitent la lecture du texte. Il en est de même de la suture intestinale anastomotique pratiquée avec les anneaux de catgut de Abbe (de New-York).

L'ouvrage se termine par un véritable livre de médecine opératoire où l'anesthésie, les ligatures, les amputations et les résections sont décrites et accompagnées de planches anatomiques coloriées. Cette chirurgie opératoire est même suivie d'un chapitre de petite chirurgie, ce qui complète encore l'œuvre accomplie sous la direction de MM. W. Keen et W. White.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 janvier 1893. — Présidence de M. Chauveau.

M. Chauveau donne lecture de l'adresse remise par les délégués de la Société de biologie lors du jubilé de M. Pasteur. (Applaudissements prolongés.)

— M. Fernet communique une note de M. Royer, relative à la formule urinaire de l'hystérie.

Les formules établies par MM. Cathelineau et Gilles de la Tourette ne sont ni la règle ni même l'exception.

— M. Dupuis rapporte une série d'expériences tendant à démontrer — ce qu'il était du reste facile de présumer d'après les résultats thérapeutiques — que les courants électriques appliqués extérieurement atteignent directement le cerveau et la moelle épinière.

— M. le docteur d'Arsonval présente une seringue de l'invention de M. le professeur Debove. Cette seringue a un piston d'amiante, est facile à stériliser complètement et on peut en fabriquer de toutes dimensions.

— M. d'Arsonval indique un nouveau procédé pour l'analyse des gaz de la respiration.

Il communique enfin une observation de phtisie laryngée traitée et guérie par les injections de suc testiculaire.

— M. Richet démontre que le frisson de la fièvre doit être considéré comme un régulateur de la chaleur animale, le tremblement musculaire luttant contre le refroidissement. En effet, un chien de taille moyenne élimine, par kilogramme et par heure, 1 gr. 02 d'acide carbonique en moyenne. En l'empoisonnant par le chloral, la température s'abaisse et la quantité d'acide carbonique tombe à 0 gr. 3. Alors, au moment où l'animal se réveille, il est pris de frissons. Tant que ces frissons sont modérés, la quantité d'acide carbonique reste au-dessous de la moyenne; mais, s'ils deviennent intenses, elles peut s'élever à 2 grammes et plus. Mais, pour que ces résultats se produisent, il faut que la respiration se fasse normalement. Si la quantité d'oxygène est suffisante, le frisson ne se produit pas. Cette régulation thermique par le frisson est analogue à la régulation thermique par la polypnée.

— M. Chrétien fait une communication sur le dicrotisme du pouls dans la fièvre typhoïde. La constatation de l'exagération de ce symptôme permettant de prévoir à l'avance la production d'une hémorrhagie intestinale. M. Chrétien communique quatre observations, dont trois personnelles, à l'appui de cette proposition. L'exagération de dicrotisme, qui peut aller jusqu'au polycrotisme, tient à l'augmentation de la tension artérielle périphérique. C'est là un fait des plus intéressants non seulement au point de vue scientifique, mais encore par ses conséquences pratiques. L'indication thérapeutique serait évidemment d'abaisser la tension artérielle. La saignée étant impraticable et les purgatifs pouvant être dangereux, les moyens hygiéniques sont donc les seuls auxquels on puisse avoir recours.

— M. Charrin présente deux Notes intitulées :

1° Présence des microbes du béribéri dans le sang des malades avant la mort;

2° Présence des microbes d'infection secondaire.

— M. Straus rapporte une observation de combinaison de granulie et de fièvre typhoïde démontrée par l'examen bactériologique.

— M. Tuffier montre des pièces relatives à la lithiase urinaire artificielle.

— M. Artaud a trouvé dans le jaune d'un œuf de poule une masse hyaline avec des zoospores diverses.

Dans la discussion, M. Mathias Duval rappelle qu'on a constaté la présence dans les œufs de toute une série de corps étrangers d'origine intestinale : épingles, aiguilles, poussières, débris d'aliments, etc.

COURRIER

Corps de santé de la marine. — Liste d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine :

Médecins en chef : MM. 1. Mathis ; 2. Bertrand ; 3. Manson ; 4. Dupont ; 5. Laugier ; 6. De Fornel ; 7. Talairach.

Médecins principaux : MM. 1. Miquel ; 2. Maget ; 3. Léo ; 4. Vatalon ; 5. Drago ; 6. Ségard ; 7. Géraud ; 8. Siciliano ; 9. Ed. Roux ; 10. G. Roux ; 11. Riche.

Médecins de 2e classe : MM. 1. Castex ; 2. Caraës ; 3. Briend ; 4. Onimus ; 5. Fossard ; 6. Prat-Flottes ; 7. Garnier ; 8. Renault ; 9. Cairon ; 10. A. Denis ; 11. Gorron ; 12. Palasne de Champeaux ; 13. Bossuet.

Pharmaciens principaux : MM. 1. Baucher ; 2. Lalande ; 3. Louvet ; 4. Porte.

Pharmaciens de 1re classe : MM. 1. Perron ; 2. Reboul ; 3. Camus ; 4. Vignoli ; 5. Pascalet ; 6. Robert ; 7. Geffroy ; 8. Baus ; 9. Rigal ; 10. Cavalier ; 11. Chaluffour.

Pharmaciens de 2e classe : MM. 1. Tambon ; 2. Rouzières ; 3. Pellen ; 4. Beaumont ; 5. Gautret ; 6. Le Naour ; 7. Auché ; 8. Guéguen ; 9. Cavallier ; 10. Mengin ; 11. Huet ; 12. Baillet ; 13. Henry ; 14. Riffaud.

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe : 1. Tréguier ; 2. Plouzané.

MM. les médecins de 2e classe : 1. Salaun ; 2. Le Marchadour ; 3. Berriat ; 4. Lorin ; 5. Bonnefoy ; 6. Duguet ; 7. De Moutard.

M. le médecin de 1re classe Ropert rentre de congé et sert à terre.

M. Le Hénaiff, élève du service de santé à Bordeaux, obtient un congé de convalescence de trois mois, pour Callac (Côtes-du-Nord).

École de médecine de Besançon. — M. Prieur est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

École de médecine de Dijon. — M. Zipfel est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

École de médecine de Tours. — M. Guibbaud est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physiologie.

Ecole de médecine de Reims. — M. Mouflier, chef des travaux physiques et chimiques, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— Par arrêté ministériel en date du 31 décembre 1892, la chaire de minéralogie du Muséum est déclarée vacante.

— MM. Michel, Dubrisay, Genouville et Brodier, commenceront leurs conférences le samedi 14 janvier, à 3 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

— MM. Cazin, Tessier et Pauchet commenceront leurs conférences d'internat le samedi 21 janvier, à 3 heures, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Velpeau).

— Le Conseil général de la Seine vient d'accorder :

A l'Œuvre des Ambulances urbaines, 1,000 francs ;

A la Policlinique de Paris, 4,000 francs ;

Au Dispensaire gratuit du XVe arrondiseement, 2,000 francs.

SALUBRITÉ DES HABITATIONS A LONDRES. — Lorsqu'il s'agit de la salubrité, les Anglais ne plaisante pas, ainsi qu'on peut en juger par le fait suivant :

Le premier ministre, lord Salisbury, accusé de posséder plusieurs maisons insalubres situées dans un quartier misérable de Londres, a été condamné, par le tribunal de police, a faire démolir, dans un délai de quinze jours, trois maisons signalées comme particulièrement malsaines par le conseil de comté et à en faire réparer une quatrième.

— Il est créé à Lisbonne un institut bactériologique dans lequel sera pratiquée la méthode de traitement de Pasteur contre la rage.

— Curieux détail sur l'affaire de Panama! On aurait, dans le nombre des médicaments achetés, dépensé pour plus de 600,000 francs de purgatifs ! Est-ce possible ?

— M. Gérard, élève de l'école de santé militaire, vient de succomber à une diphtérie contractée pendant qu'il faisait des recherches sur l'oreille chez le fœtus.

CLINIQUE ET CONFÉRENCE DES HOPITAUX DE PARIS POUR 1892-93. — *Hôtel-Dieu.* — M. Bucquoy : Conférences cliniques au lit des malades, le vendredi, à neuf heures, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique. — Maladies du cœur et des vaisseaux, le mercredi à neuf heures, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique.

M. Lancereaux : Médecine générale ; clinique au lit des malades, les lundis, mercredis, vendredis à huit heures et demie, salle Saint-Denis.

M. Cornil : Gynécologie (conférences cliniques faite par M. le docteur Bonnaire), les lundis, jeudis, vendredis à dix heures, amphithéâtre Gallard. — Conférences d'anatomie pathologique, les mercredis, samedis, à dix heures, amphithéâtre Bichat.

Charité. — M. Desnos : Conférences cliniques au lit des malades; les mardis, mercredis à neuf heures et demie.

M. C. Paul : Conférences sur la thérapeutique clinique (et plus particulièrement sur les maladies du cœur et nerveuses), le vendredi à neuf heures et demie, amphithéâtre Velpeau (à partir du 1er mai 1893).

M. Luys : Maladies du système nerveux, le jeudi à dix heures et demie, amphithâtre Velpeau. — Les conférences commenceront à une époque qui sera ultérieurement indiquée.

M. Després : Chirurgie journalière. — Opérations et consultations, les lundis, mercredis.

M. Budin : Interrogatoire des élèves, les mardis, jeudis, samedis. — Clinique obstétricale, le jeudi à dix heures et demie, amphithéâtre Velpeau. — Cours théoriques d'accouchement (faits par M. le docteur Bonnaire), les mardis, jeudis, samedis à cinq heures, salle de garde du service d'accouchement.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DES KYSTES HYDATIQUES DE LA FACE INFÉRIEURE DU FOIE

Par Maurice MICHEL
Interne lauréat des hôpitaux de Paris

L'étude des kystes hydatiques du foie a fait, dans ces dernières années, les plus grands progrès, et ces progrès ont été réalisés, aussi bien dans le perfectionnement des méthodes appliquées à leur guérison que dans la connaissance plus complète des signes qui permettent de soupçonner leur existence. Pour être juste, il faudrait même dire que c'est, en partie, grâce aux interventions chirurgicales hardies employées contre eux que l'on doit de mieux connaître leur symptomatologie et les moyens de les diagnostiquer.

Les grandes opérations qu'on a dirigées contre cette affection ont montré, en effet, qu'il fallait établir, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue opératoire, un certain nombre de variétés.

A la connaissance vague de symptômes plus ou moins bien définis s'adaptant à la généralité des cas, on a pu substituer des signes plus précis s'appliquant à tel ou tel cas particulier, suivant le siège occupé par la production parasitaire.

On a ainsi divisé (1) les kystes hydatiques du foie en : 1° kystes de la face antéro-supérieure ; 2° kystes de la face postéro-supérieure, et 3° kystes de la face inférieure. A chacune de ces variété, on a appliqué un mode de traitement spécial ; on a établi les règles et les voies opératoires les plus propres à en amener la guérison.

Il faut bien dire toutefois que, malgré les progrès accomplis sur ces différents points, le diagnostic de cette affection est encore bien souvent difficile à établir, non seulement au début, mais pendant toute la durée de son évolution. Si beaucoup de kystes hydatiques du foie sont une trouvaille d'autopsie, parce qu'ils n'ont donné lieu, pendant la vie, à aucun phénomène décelant leur présence, quelques-uns aussi n'ont pas offert une symptomalotogie muette, mais ont fait naître un ensemble de signes qui, loin d'éclairer le diagnostic, n'ont eu pour résultat que de l'obscurcir.

Nous laisserons de côté, dans ce travail, ce qui a trait aux kystes hydatiques des deux premières catégories ; nous passerons très rapidement sur les variétés maintenant classiques des kystes de la face inférieure du foie, et nous insisterons principalement sur ceux de la région du hile de l'organe, qui sont moins connus et dont nous rapporterons deux observations personnelles.

(1) Potherat, Thèse de doctorat, 1889. — Segond, *Traité de Chirurgie*, t. VII. — Chauffard, *Traité de Médecine*, t. III.

Parmi les kystes qui occupent la face concave du foie, il a été établi des distinctions qui ne sont pas du tout arbitraires, mais qui répondent à des formes cliniques bien caractérisées. Tantôt la tumeur développée en avant du petit épiploon (Potherat) (1) proémine à la partie antérieure ou descend vers la cavité abdominale; tantôt, née en arrière de ce même repli séreux, elle se dirige vers la partie postérieure de l'abdomen, en se rapprochant de la région lombaire.

Dans la variété antéro-inférieure, la tumeur a tendance, nous venons de le voir, à descendre vers le bassin, par le fait même de sa situation et des lois de la pesanteur. C'est alors qu'il est nécessaire de la distinguer des différentes collections développées dans le grand épiploon, le mésentère, l'ovaire, etc.

Les tumeurs qui reconnaissent le grand épiploon comme siège sont d'ailleurs rares; elles atteignent exceptionnellement le volume considérable de certains kystes hydatiques du foie et sont plus mobiles que ces derniers. Il n'existe pas de zone sonore à leur partie antérieure (2).

Les kystes du mésentère et les tumeurs solides de ce pédicule séreux sont également très rares (3). Ils sont situés dans un plan moins superficiel; ils sont mobiles dans le sens transversal (Panas); il existe une zone sonore entre la tumeur et la paroi abdominale et une autre zone sonore au-dessus du pubis (Tillaux).

C'est avec les kystes de l'ovaire que le diagnostic est parfois très difficile, et ceci est d'autant plus important que ce diagnostic s'impose souvent en clinique. M. Potherat (4) en a bien montré toutes les difficultés, et, de plus, il a fait voir que, dans certains cas, le diagnostic devient encore plus ardu quand on a affaire à un kyste hydatique de l'ovaire même. — Nous n'y insisterons pas; d'ailleurs, malgré tous les signes donnés par les classiques comme caractérisant la tumeur hydatique du foie (tumeur suivant les mouvements du diaphragme, se développant de haut en bas, frémissement hydatique, etc.), les erreurs de diagnostics abondent. Il n'est pas jusqu'à l'ascite et l'abcès par congestion qui n'aient été confondus avec le kyste hydatique du foie (5).

Au lieu de se diriger vers la cavité de l'abdomen, de se pédiculiser et de paraître ainsi tout à fait indépendant de la glande hépatique, on a vu le kyste conserver des rapports plus étroits avec le foie, simuler alors une hydropisie de la vésicule biliaire et être accompagné de symptômes physiques et fonctionnels faisant croire à une lithiase biliaire. L'observation II de la thèse de Braine (6) est bien remarquable à ce point de vue.

Le diagnostic de cette variété antéro-inférieure des kystes hydatiques du foie, en résumé, est donc parfois des plus difficiles, et, malgré un examen clinique complet, il n'est guère possible, dans maintes circonstances, de l'établir ou de le rectifier que par la laparotomie.

(1) *Loco citato.*

(2) Monéger, Thèse de Lyon, 1892.

(3) Augagneur, Thèse agrégation, 1886. — Braquehaye, *Arch. génér. de Médecine*, 1892.

(4) *Eod. loc.*

(5) Queyrat, *Revue de Médecine*, 1886. — Boiteux, *Revue de Médecine*, 1886.— Thomas, *Austral. Medical Journal*, IX, p. 72. — Buder, Soc. Anat., 1886. — Potherat, *Loc. cit.*

(6) Braine, Thèse doctorat, 1886.

Les kystes de la seconde sous-variété (kystes postéro-inférieurs) sont plus rares, mais tout aussi difficiles à reconnaître. Malgré leur origine vers le plan postérieur de l'abdomen, ils peuvent se diriger vers la partie antérieure, comme ceux de la variété précédente, et offrir, de la sorte, les mêmes difficultés de diagnostic (Potherat).

Le plus souvent, ils se développent vers la région de la fosse lombaire et sont alors confondus avec différentes tumeurs du rein, en particulier avec les tumeurs kystiques. Les auteurs insistent, pour le diagnostic, sur la valeur du ballottement rénal. Sans doute, c'est là un caractère de valeur, mais ce signe ne semble pas infaillible, puisque M. Segond (1) cite un cas où, malgré la constatation du ballottement et de la mobilité de la tumeur, il s'agissait bien d'un kyste du foie. L'hydronéphore se reconnaîtra d'ordinaire assez facilement par les troubles urinaires qui l'accompagnent. Enfin, M. Potherat rapporte un cas où le kyste siégeant à la face inférieure du lobe gauche du foie fut pris pour un kyste de la rate. A ce propos, le même auteur fait remarquer que les kystes de la rate « se prolongent davantage vers la partie postérieure du flanc correspondant, d'une part, et la partie inférieure, d'autre part. On peut enfin, grâce à une percussion minutieuse, délimiter entre le foie et la tumeur une zone de sonorité très nette, tandis que si le kyste appartient au foie, sa matité se continue directement avec celle de ce viscère ».

Nous n'insisterons pas davantage sur ces deux ordres de kystes de la face inférieure du foie, qui sont maintenant bien connus, et dont les exemples sont nombreux. Il nous semble qu'il y a place à côté d'eux pour une troisième variété, qui en diffère par le siège spécial de la tumeur parasitaire et par les erreurs de diagnostic dont elle a été l'objet dans les différents cas que nous allons rapporter. Ici, l'hydatide ne se développe plus, soit en avant, soit en arrière du hile du foie; elle se fait jour au niveau même de ce hile, au voisinage des canaux excréteurs de la glande et du gros tronc veineux porte (2). Cette variété « hilaire » des kystes hydatiques du foie présente une symptomatologie à elle propre. Nous allons voir qu'elle le doit uniquement à sa localisation anatomique.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 janvier 1893. — Présidence de M. Labou.bène

M. Lereboullet lit, sur les remèdes secrets qui ont été présentés à l'Académie, une série de rapports dont les conclusions sont approuvées.

— M. Pinard fait une communication dans laquelle il décrit une nouvelle opération, l'ischio-pubiotomie.

---

(1) Segond, *Traité de Chirurgie*, t. VII.

(2) Chauffard, *Traité de Médecine*, t. III, p. 948.

L'opérée, âgée de 36 ans, est née à La Rochelle. Dans sa première enfance, elle a eu une affection qui a interrompu la marche pendant plusieurs mois, et sur laquelle il est impossible d'avoir des détails circonstanciés. La première grossesse remonte à 1886 et l'accouchement au 1er mai 1887; il ne put être terminé qu'en faisant la basiotreipsie tête derrière. En 1888, deuxième grossesse; au huitième mois, la patiente entra à la clinique d'accouchement de la Charité. A ce moment, on constata, et il est facile de voir, d'après un dessin montré par M. Pinard, que les choses ne se sont pas modifiées, qu'il y avait une hanche plus élevée et plus marquée que l'autre, et que le sillon interfessier s'éloignait du plan médian. On porta, à ce moment, le diagnostic de bassin oblique ovalaire. En faisant l'examen sous le chloroforme, M. Pinard put reconnaître qu'il y avait synostose de l'articulation sacro-iliaque droite; la ligne, de ce côté, avait perdu sa courbure. Il en résultait un aplatissement notable du bassin du côté droit. On fit la version par manœuvres externes pour engager la tête du côté large, et elle fut facile.

Après rupture des membranes, on continua l'accouchement; l'extraction du tronc fut facile bien qu'il y ait eu redressement des bras, mais celle de la tête présenta des difficultés considérables. La manœuvre de Champetier de Ribes permit cependant d'amener un enfant asphyxié, qui fut ramené à la vie, mais succomba quelques mois après.

Troisième grossesse en 1889-1890 et accouchement en ville le 15 mai 1890. Une sage-femme et plusieurs médecins ne purent réussir, avec le forceps, à extraire l'enfant; on fit alors la version par manœuvres internes, mais la tête resta accrochée et on tenta sans succès la craniotomie. Le tronc fut alors enveloppé dans une serviette, et tandis qu'un médecin vigoureux tirait de toutes ses forces en s'arcboutant, un autre tentait d'arracher le maxillaire, tandis qu'un charretier, qui se trouvait présent, appuyait vigoureusement sur l'abdomen. L'enfant finit par venir.

En 1891, la malade, de nouveau enceinte, entra à la clinique Baudelocqne. Accouchement provoqué à huit mois. Malheureusement, il y eut procidence du cordon, et l'enfant mourut.

Cinquième grossesse en 1892. La patiente entra à la cliniqne en déclarant qu'elle voulait un enfant à tout prix. La situation était très embarrassante, car l'accouchement prématuré exposait à la procidence du cordon. L'opération césarienne offrait de grands risques pour la mère. La symphyséotomie ne pouvait suffire et on n'ouvrait, par cette opération, qu'un seul volet, pour ainsi dire, puisqu'il y avait soudure de l'articulation sacro-iliaque.

M. Pinard s'adressa alors à M. Farabeuf, qui, après de nombreuses recherches et, étant données les dimensions du bassin de la femme, indiqua que l'on pouvait gagner l'espace nécessaire pour l'accouchement normal en sectionnant d'abord l'ischion, puis la branche horizontale du pubis à 5 cent. de la ligne médiane du côté ankylosé. Cette opération n'offrait pas de dangers. M. Pinard la pratiqua et n'eut de difficultés que pour passer la scie derrière la branche horizontale du pubis; la tête fœtale le gêna, en effet, beaucoup à ce moment. La suture des os ne fut pas nécessaire et la guérison se fit avec une grande rapidité. Il y eut cependant une petite complication, le décubitus dorsal ayant entraîné la production d'une petite eschare sacrée.

M. Pinard présente son opérée, qui est entièrement rétablie.

En terminant, il propose de désigner l'ischiopubiotomie sous le nom d'opération de Farabeuf.

— M. Charpentier commence la lecture d'un mémoire relatif au traitement de l'éclampsie et à l'intervention obstétricale dans cette maladie.

M. Maritan lit l'observation d'une laparotomie faite pour kyste de l'ovaire. La malade avait subi 23 ponctions et la tumeur était énorme. Il fallut, pour l'enlever, fendre toute

la paroi antérieure de l'abdomen et on dut, pour nettoyer la cavité, y verser quatre ou cinq seaux d'eau chaude. Les adhérences, très intimes, rendirent l'enlèvement de la paroi fort difficile. Plein de liquide, ce kyste pesait 80 kilogrammes. Le choc opératoire fut intense; cependant, malgré une diarrhée abondante qui affaiblit encore l'opérée, la guérison put être obtenue.

— M. Christozonaki communique à l'Académie un nouveau cas de rappel à la vie, par le procédé de M. Laborde, d'un enfant nouveau-né en état de mort apparente, cas dans lequel avaient échoué tous les autres moyens habituellement en usage. Au moment de la naissance, l'enfant était en état complet de mort apparente.

MÉDECINE NAVALE

LE CONCOURS DANS LE CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

On parle de rétablir le *concours* dans le Corps de santé de la marine. Telle est la nouvelle ou, plus exactement, tel est le bruit qui circule depuis quelques semaines dans le monde maritime, sans que personne en puisse exactement préciser l'origine. La créance qu'il rencontre et la faveur avec laquelle il paraît accueilli s'expliquent par l'opportunité de la mesure dont il pourrait bien être le précurseur peu éloigné. L'heure est donc venue de dire quelques mots d'un mode d'avancement auquel le Corps de santé avait dû d'arriver à une notoriété scientifique très honorable, à une situation officielle très respectée. Et cependant les attaques sous lesquelles s'est écroulée, il y a six ans, l'ancienne organisation de ce Corps ont eu le concours pour prétexte!

Le courant d'opinion d'où est sorti l'état de choses actuel a été, croyons-nous, plus artificiel encore qu'irréfléchi; les résultats qu'il a amenés n'ont pas été préjudiciables aux médecins seulement, la marine tout entière en a été un peu atteinte; il est temps d'y porter remède en tenant compte des conditions spéciales créées par les exigences mêmes de la carrière maritime.

Les adversaires du concours ont été, en réalité, moins nombreux que ne pouvaient le faire croire l'ardeur, la violence et le bruit de la campagne menée par eux. Ceux qui ont entendu les confidences, à ce sujet, des jeunes médecins de première et de seconde classe auxquels on enlevait à la fois l'espoir et les moyens d'être les artisans de leur avenir et de franchir plus vite, par leur travail, les premiers échelons de la hiérarchie, en ont acquis la conviction.

Aucun des arguments mis en avant pour attaquer et démolir le concours n'avait de valeur réelle. La plupart n'étaient que des prétextes sous lesquels il serait facile de découvrir les raisons secrètes et les motifs réels. Mais il serait pénible de les dire tout haut. Les seules objections qui eussent quelque valeur avaient été supprimées de fait par le décret de 1885, qui rendait les épreuves très pratiques et décidait le maintien des admissibilités antérieures augmentées de cinq points chaque année. Un concours une fois subi assurait donc à tous l'avancement dans des conditions très satisfaisantes.

Mais, s'il y avait peu de motifs de supprimer le concours, de graves raisons militent en faveur de son rétablissement.

I

De ces raisons, les unes intéressent les médecins eux-mêmes, et le bon renom du Corps; les autres, d'un ordre plus général, intéressent le bien même du service, la santé des équipages.

C'est une vérité très générale que dans quelque branche de l'activité humaine que s'exercent les facultés, le zèle et le dévouement de chacun, il est avantageux que les services professionnels, la valeur technique, les aptitudes spéciales soient appréciés par des juges compétents, versés dans les mêmes études, instruits dans les mêmes sciences que ceux dont ils ont à classer les mérites. Le concours offrait cette garantie aux jeunes médecins, d'une façon presque exclusive de toute autre influence, à un âge et à un grade qui ne permettent pas encore d'établir de bien réelles distinctions entre les services rendus. Il leur donnait, avec la confiance en eux-mêmes, une émulation utile, et cette indépendance saine et de bon aloi, qui se concilie d'autant mieux avec le respect de la discipline qu'elle permet d'apporter plus de spontanéité et de fierté dans l'obéissance. La considération accordée au Corps tout entier en était accrue, comme était accrue la conscience que chacun avait, à bord, que le médecin-major du bâtiment avait gagné son grade dans la mêlée à la force du poignet, en dehors de toute considération étrangère à celle de la valeur acquise par le travail. On ne saurait nier l'importance d'un intérêt de ce genre, mais le concours répond encore à plus hautes préoccupations.

Ceux qui connaissent les dessous de la vie maritime savent combien le travail est difficile à bord. Les plus laborieux s'y rebutent si la nécessité ne les aiguillonne. Cette nécessité, le concours seul sait la créer. Or, il faut que le médecin travaille, parce que, seul, parmi les officiers qui naviguent, il ne trouve dans l'exécution pure et simple de son service aucun moyen d'augmenter ses connaissances techniques. Les autres, officiers de marine ou mécaniciens, exercent là leur métier dans sa plénitude, c'est leur champ d'études, d'expérience et d'observation. Le médecin n'y trouve, au contraire, qu'un champ d'action extrêmement restreint, en dehors de quelques circonstances exceptionnelles qui viennent lui rappeler de loin en loin combien, plus que tout autre, il a besoin de savoir et d'apprendre pour être à la hauteur de toute sa tâche, pour se tirer seul, sans aide, sans conseil de ces cas difficiles où les malades et les blessés n'ont d'autre espoir et d'autre ressource que lui; car telle est la responsabilité du médecin de la marine et telles sont les conditions où il doit l'assumer.

Il y a plus encore. Le rôle du médecin qui navigue ne se borne pas à soigner les affections dont les hommes sont atteints. Il doit veiller sur l'hygiène du bâtiment et de l'équipage avec une sollicitude étroite et constante. Dans le perpétuel souci qu'il lui faut avoir de la salubrité du navire et de la santé du personnel, il a bien souvent à provoquer des mesures, à signaler des omissions, à concilier jusqu'à la limite du possible les exigences du service et celles de l'hygiène. Cette tâche est difficile. Il y est toujours aidé, c'est certain, par la bienveillance du commandement, et cependant des circonstances se présentent où le médecin-major a besoin de quelque fermeté pour apporter à ses revendications l'insistance qu'il est de son devoir d'y mettre. Cette fermeté dans l'accomplissement du devoir jusqu'au bout, le concours seul la lui donnera, parce que, seul, il garantit l'autorité de son opinion et parce que, seul aussi, il le dégage de toute préoccupation personnelle étrangère à son rôle d'humanité.

Désiré par les bons esprits du corps, avantageux à la marine, aussi bien à bord des navires que dans les services hospitaliers des arsenaux, le concours n'est pas seulement utile, on peut dire qu'il est nécessaire dans la carrière des médecins de la marine. Mais les attaques sous lesquelles il a succombé jadis exigent que son rétablissement soit mûrement étudié, qu'on tienne compte des leçons de l'expérience, qu'on le rende acceptable et accessible à tous.

II

Une première question se pose. Le concours doit-il être le mode unique d'avancement? En nous plaçant à un point de vue purement théorique, nous répondrions sans hésiter par l'affirmative, mais la pratique ne comporte pas de solution aussi absolue.

Il est un grade au delà duquel la notoriété acquise par l'officier, les notes méritées par lui pendant une période déjà longue de sa carrière, la valeur des services rendus, dispensent d'un autre mode d'appréciation. Avant ce grade, la sélection des capacités et des aptitudes a déjà été faite, et le choix peut s'exercer avec toutes les garanties désirables. A tous les degrés moins élevés de la hiérarchie, le concours doit être la règle. Le choix n'est plus de mise et n'est admissible qu'à titre exceptionnel pour récompenser des services hors ligne de guerre ou d'épidémie. Aucune proportion, si faible qu'on la suppose, ne peut être déterminée à l'avance pour le nombre des promotions à faire ainsi. Il faut en inscrire la possibilité dans le règlement, mais l'absence de tout chiffre doit en indiquer nettement le caractère d'exception.

Si nous repoussons le choix comme mode normal et régulier d'avancement dans les grades auxquels nous faisons allusion ici, et que nous désignerons tout à l'heure, nous acceptons l'ancienneté comme susceptible de créer à elle seule le droit à un grade supérieur. C'est une nécessité. Elle est regrettable, mais elle s'impose. Toujours il arrivera de rencontrer des officiers que des circonstances réellement indépendantes de leur volonté auront empêché de subir victorieusement des épreuves d'examen. Hasards malheureux de carrière, maladies contractées en service, créeront encore pour quelques-uns cette infériorité qu'il serait injuste de frapper comme un démérite.

Ces circonstances sont d'ailleurs très rares, et il importe de tenir compte de ce fait, dans la fixation de la part de l'ancienneté pour ne pas transformer en une prime à l'insuffisance et à l'oisiveté ce qui doit rester une compensation à des chances contraires. Nous fixerions cette part à un cinquième. Tout le reste des places serait au concours. Personne ne trouvera cela injuste ou exagéré.

Il reste à dire quels grades s'acquerront au concours et quels s'acquerront au choix. Le concours paraît indispensable pour tous les grades comportant ou pouvant comporter les fonctions de médecin-major. Cela découle très logiquement de ce qui a été dit au paragraphe précédent. Il serait donc exigé jusqu'au grade de médecin principal exclusivement. Au delà, concours et ancienneté ne sont plus de mise. Le choix seul décidera de l'avancement.

Ces propositions une fois admises, que seront les concours? Dans quelles conditions devra-t-on les subir?

Et d'abord n'y aurait-il pas avantage à le remplacer par une sorte d'examen d'aptitude plus ou moins analogue à celui qui existe dans le corps de santé de l'armée? Nous n'hésitons [pas à répondre non. L'examen d'aptitude n'est qu'un élément du choix. C'est un élément très important, si l'on veut, mais ce n'est pas assez pour la marine. Le concours ne doit pas être un auxiliaire de l'avancement. Il doit être l'avancement lui-même. L'isolement absolu du médecin à bord d'un bâtiment en campagne exige impérieusement que son autoriié et sa valeur ne puissent être ni contestées ni suspectées.

Le concours seul est de nature à produire ce résultat. L'examen n'y réussirait qu'imparfaitement. Il est nécessaire que l'admissibilité crée le droit à l'avancement, dans l'ordre même où elle a été obtenue par chacun. Il est bon qu'elle soit maintenue une fois acquise, qu'elle soit accrue même par une addition successive de points comme l'avait admis le remarquable décret de 1885. Les admissibles d'une série précédente d'épreuves prendraient rang parmi ceux de la série suivante, selon la place dévolue à la somme des points de leur première admissibilité augmentée des annuités à déterminer.

Quant aux épreuves elles-mêmes, nous croyons qu'elles doivent être surtout (sinon exclusivement) pratiques. Nous n'on discuterons pas ici les détails; disons seulement

qu'on s'inspirerait heureusement pour les régler de l'esprit qui avait présidé à l'élaboration de ce même programme de 1885 qu'on n'eut jamais le temps d'appliquer. Le Corps de santé en eût retiré, à notre avis un bénéfice dont on peut soupçonner l'importance en voyant aujourd'hui les résultats de l'organisation inconsidérément hâtive, trop hâtive peut-être pour avoir été bien sincère, qui est sortie du décret de juin 1886.

On ne doit pas perdre de vue, en effet, lorsqu'on juge cette dernière organisation, qu'elle a été promulguée à un moment où le corps des médecins de la marine venait de donner des preuves admirables de vitalité, de vigueur et de prospérité, au moment où, sans une défaillance, sans un à-coup, sans une difficulté, il venait de faire face aux exigences accumulées de deux épidémies de choléra, de la campagne du Tonkin et de celle de Madagascar. Pourrait-on se flatter qu'il suffise aujourd'hui à des obligations aussi multiples. Pour l'en rendre capable de nouveau, il faut améliorer la carrière et la situation. On améliorera, par cela même, le recrutement.

Le concours est le plus sûr moyen d'y arriver. Nous le croyons très fermement et très franchement; nous l'avons dit de même.

BIBLIOTHÈQUE

Signes de la mort et moyens de prévenir les inhumations précipitées, par le docteur Maze. Mémoire récompensé par l'Institut de France (Académie des sciences), Prix Dugaste, 1890.

L'Académie des sciences avait mis au concours pour le prix Dugaste, en 1890, la question suivante : « Des signes dignostiques de la mort et des moyens de prévenir les « inhumations précipitées. » Elle a décerné le prix au mémoire du docteur Maze, et il le méritait à tous égards. C'est une étude très complète et très médicale de la question. Tous les signes de la mort y sont exposés avec soin, et cette analyse se termine par une conclusion prévue, c'est qu'il n'y en a qu'un seul qui soit certain, constant, irréfragable, pathognomonique, c'est la *putréfaction.*

L'auteur en conclut que, dans la pratique, il faut négliger tous les autres pour ne s'attacher qu'à celui-là. Pour permettre de le constater avec certitude, il demande :

1° Que, dans la France entière et dans ses colonies, tout décès soit constaté par un médecin assermenté;

2° Que l'on crée, dans chaque cimetière, des dépôts mortuaires et qu'on ne procède plus à l'inhumation que lorsque la putréfaction aura été constatée;

3° Enfin, d'avoir recours à la crémation.

De ces trois conclusions, la première est indiscutable et tous les médecins s'y associent; la seconde est également rationnelle, mais elle est de nature à entraîner des dépenses qui feront peut-être reculer devant son adoption. Quant à la troisième, nous faisons à son égard des réserves formelles, en nous réservant de revenir ultérieurement sur ce sujet.

Le lait, par le docteur Jules Rouvier (J.-B. Baillière, Paris, 1893). — Après avoir exposé la composition normale des différents laits et décrit les appareils qui servent au dosage de leurs principes constituants, M. Rouvier consacre un important chapitre aux falsifications du lait.

Il étudie l'influence des modifications physiologiques de l'organisme maternel sur l'abondance et la qualité du lait et conclut, peut-être à tort, à l'inconvénient de l'allaitement fait par des nourrices réglées ou gravides.

Les influences pathologiques, nerveuses : maladies chroniques, maladies aiguës, sont soigneusement étudiées au point de vue de leur retentissement sur le nourrisson.

Dans la seconde partie de cet ouvrage, l'auteur aborde la question de la propagation des maladies par le lait, puis celle des laits fermentés et altérés. Après avoir étudié leur action sur l'organisme infantile, il développe comme conclusion, dans une cinquième partie, les moyens prophylactiques employés : hygiène et surveillance des vacheries, des laiteries, et décrit les moyens chimiques et physiques de conserver le lait.

Ce livre est un résumé consciencieusement fait de nos connaissances sur le lait. Il paraît à un moment où l'étude de cette question, tout à fait à l'ordre du jour, présente une grande importance. Nous lui ferons pourtant le reproche d'effleurer à peine la stérilisation du lait à laquelle il ne consacre que quelques pages. Néanmoins, le médecin trouvera, croyons-nous, dans la lecture de ce livre, de nombreux et précieux renseignements.

Aide-Mémoire de clinique chirurgicale, diagnostic, thérapeutique générale et petite chirurgie, par le professeur Paul Lefert. — 1 vol. in-16 de 312 pages ; 1893. — J.-B. Baillière et fils.

L'*Aide-Mémoire de clinique chirurgicale,* qui vient de paraître, fait partie du Manuel du doctorat publié par M. Lefert. Dans une première partie, l'auteur traite du *Diagnostic chirurgical,* des moyens physiques d'exploration en général et des méthodes d'exploration de chaque organe en particulier. La deuxième partie, consacrée à la *Thérapeutique chirurgicale générale* et à la *Petite chirurgie,* traite de l'anesthésie, de l'asepsie et de l'antisepsie, des pansements, des bandages et appareils, des émissions sanguines et des ventouses, des incisions et de la cautérisation, tous sujets de chirurgie journalière pratique.

La pathologie des émotions ; études physiologiques et cliniques, par le docteur Ch. Féré. — Paris, F. Alcan, 1892.

Les conditions somatiques des phénomènes psychiques, leurs variations individuelles, normales ou pathologiques, les différents modes d'expression de la douleur ne nous sont pas encore connus d'une manière précise. Dans cette étude, M. Féré a cherché à réunir des documents capables de servir à éclairer la question, à la lumière des faits d'observation ou d'expérience.

L'auteur s'est proposé de déterminer autant que possible les conditions physiologiques des émotions et de montrer que ces conditions sont identiques aux réactions somatiques résultant de l'action des agents physiques à l'influence desquels l'homme est soumis. Cette similitude des conditions physiologiques le conduit à établir la nature physique des phénomènes tant nerveux que pathologiques de l'esprit et à indiquer des mesures prophylactiques, hygiéniques et thérapeutiques dont l'action physiologique soit expérimentalement adoptée pour but. — P. Ch.

La physique du physiologiste et de l'étudiant en médecine, par J. Bergonié, Paris, Masson, 1892.

La *Physique du physiologiste et de l'étudiant* comprendra deux volumes. Dans le premier, l'auteur a réussi à condenser tout ce qui peut intéresser le praticien et l'étudiant, de manière à leur permettre non d'apprendre, mais de revoir les notions qui leur sont indispensables dans l'étude des propriétés moléculaires, en acoustique et en électricité.

M. Bergonié s'est fait une spécialité de l'application de l'électricité à la médecine et à la chirurgie. Son nom est une garantie que les questions qui se rattachent à ce sujet sont traités avec la plus grande compétence. — P. Ch.

Bibliothèque médicale Charcot-Debove. Notions de pharmacie nécessaire au médecin, par P. Yvon. — Paris, J. Rueff, 1892.

Les traités de pharmacie sont assez nombreux, mais ils ont tous été écrits pour le pharmacien et l'étudiant en pharmacie; ils ne sont donc que d'une utilité fort restreinte pour le médecin. Ce dernier n'a pas, en effet, besoin de connaître tous les détails de la préparation des médicaments; il lui suffit d'être renseigné d'une manière générale sur les diverses formes pharmaceutiques, de bien apprécier les différences qui existent entre elles, afin de peser leurs avantages et leurs inconvénients et de pouvoir les prescrire en connaissance de cause.

Aux divers modes de préparation, M. Yvon a ajouté des renseignements sur la manière d'administrer et d'employer les médicaments; ces détails sont fort importants et peuvent être très utiles au médecin dans l'exercice de sa profession. Ce livre n'est donc pas un traité de pharmacie pure, M. Yvon a voulu qu'il fût avant tout pratique, et il y a réussi. — P. Ch.

COURRIER

— Le 9 janvier a eu lieu, dans la salle du conseil académique de la nouvelle Sorbonne, la remise à l'Association générale des étudiants, par M. Charles Dupuy, ministre de l'instruction publique, de la médaille offerte par l'initiative de M. E. Bourgeois.

MM. Dupuy, Gréard, Lavisse et Devise ont pris tour à tour la parole et ont rappelé, dans leur discours, l'imposante cérémonie qui, il y a quelques jours, rassemblait dans cette même salle toutes les notabilités françaises et étrangères venues pour célébrer le jubilé d'un grand savant et d'un grand homme.

— L'Académie de Turin donne l'avis du concours pour le *Prix Bressa* (10,416 francs), accordé à celui qui, de l'année 1891 à l'année 1894, « aura fait la découverte la plus éclatante et la plus utile, ou qui aura produit l'ouvrage le plus célèbre en fait de sciences physiques et expérimentales, histoire naturelle, mathématiques pures on appliquées, chimie, physiologie et pathologie, sans exclure la géologie, l'histoire, la géographie et la statistique.

Cliniques et conférences des hôpitaux de Paris *pour le premier semestre de 1893.* — *Saint-Antoine.* — M. Letulle : Clinique médicale, le samedi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Brissaud : Clinique médicale, le mardi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Hanot : Clinique médicale, le jeudi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Blum : Clinique chirurgicale, le mercredi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

Lariboisière. — M. Raymond : Maladies nerveuses, le jeudi à dix heures, salle Trousseau. — Examen clinique, tous les jours à neuf heures, au lit des malades.

M. Landrieux : Clinique médicale, le samedi à neuf heures, au lit des malades. — Consultation externe de gynécologie, le mercredi à neuf heures.

M. Troisier : Clinique médicale, tous les jours, à neuf heures, au lit des malades.

M. Paul Berger : Pathologie chirurgicale, tous les jours, à huit heures trois quarts, au lit des malades.

M. Peyrot : Clinique chirurgicale, les lundis et jeudis, à neuf heures, au lit des malades.

M. Delens : Maladies des yeux; examen ophtalmoscopique tous les jours, à neuf heures, salle de la consultation.

M. Porak : Cours théoriques et conférences cliniques sur l'obstétrique, tous les jours, à dix heures et demie, au lit des malades.

Saint-Louis. — M. Besnier : Policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acné, etc., le mardi à neuf heures, laboratoire Alibert. — Affections parasitaires, teigne, traitement des affections du cuir chevelu, le mercredi à neuf heures, laboratoire Alibert (toute l'année). — Consultation clinique externe, le vendredi à neuf heures, 38, rue Bichat.

M. Hallopeau : Dermatologie et syphiligraphie, le dimanche à neuf heures et demie, salle des conférences du musée (janvier, février, mars 1893). — Consultation clinique externe, le lundi à neuf heures, 38, rue Bichat (toute l'année).

M. Quinquaud : Dermatologie et syphiligraphie, les lundis, jeudis à dix heures ; les lundis, mercredis, vendredis à quatre heures, salle Cazenave (semestre d'été).

M. Tenneson : Affections du cuir chevelu, le lundi à neuf heures. — Opérations dermatologiques, le mardi à neuf heures, laboratoire Biett. — Reprendra ses cours au mois de mars 1893. — Examen des nouveaux malades, le jeudi à neuf heures.

M. Du Castel : Conférences sur les dermatologies et la syphilis, le mercredi à trois heures, salle des conférences du musée (avril, mai, juin 1893). — Traitement chirurgical des maladies de la peau, le lundi à neuf heures et demie, salle Emery (toute l'année).

M. Championnière : Opérations et conférences cliniques, le lundi à neuf heures, isolement. — Cours et conférences de clinique chirurgicale, salle des conférences du musée (toute l'année).

Midi. — M. Mauriac : Syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique), le samedi à neuf heures et demie, musée de l'hôpital.

M. Balzer : Affections vénériennes, le jeudi à neuf heures et demie, salles des malades.

M. Humbert : Clinique chirurgicale et maladies vénériennes ; opérations, le mardi à neuf heures et demie, salles d'opérations (à partir de février 1893).

Lourcine. — M. de Beurmann : Syphilis et maladies vénériennes, le lundi à dix heures (jusqu'au mois de juin inclusivement).

M. Alexandre Renault : Syphilis et maladies vénériennes, le samedi à dix heures (du 1er avril au 15 juillet 1893).

M. Pozzi : Coférences de gynécologie, le mercredi à neuf heures et demie (de janvier à avril 1893).

Enfants-Malades. — M. J. Simon : Thérapeutique infantile, le mercredi à neuf heures, à l'amphithéâtre. — Consultations cliniques, le samedi à neuf heures, salle de la consultation.

M. Descroizilles : Maladies infantiles, le vendredi à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre ou salle Chaumont. — La date d'ouverture sera fixée ultérieurement.

M. Ollivier : Séméiologie, pathologie et clinique infantiles, le lundi, à l'amphithéâtre ; le vendredi, au lit des malades. — Policlinique, les mardis, samedis.

M. d'Heilly : Fièvres éruptives, rachitisme, mal de Pott, coxalgie, le mardi à neuf heures, salle Roger (à partir de février 1893).

M. de Saint-Germain : Traitement des tumeurs vasculaires et des affections articues, le jeudi à neuf heures, à l'amphithéâtre (à partir de février 1893).

Tenon. — M. Dreyfus-Brisac : Pathologie clinique, le jeudi à neuf heures et demie, salle Magendie.

M. Cuffer : Conférences de clinique infantile, le jeudi à dix heures et demie, salle Valleix (crèche). — Leçons de clinique médicale, le samedi à dix heures et demie, amphithéâtre des cours.

M. Oulmont : Leçons cliniques, particulièrement sur les maladies du système nerveux, le mercredi à neuf heures et demie, salle Andral.

M. Barié : Séméiologie et clinique médicale, le mercredi à neuf heures et demie, amphithéâtre des cours.

M. Comby : Leçons cliniques, le samedi à dix heures, amphithéâtre des cours. — Commencera ses conférences ultérieurement.

M. Félizet : Opérations sur les affections tuberculeuses des os (résections), le lundi à dix heures. — Opérations diverses aseptiques; opérations des hernies et des tumeurs, le jeudi à dix heures.

M. Reynier : Clinique chirurgicale, le vendredi à neuf heures, au lit des malades.

Laennec. — M. Ferrand : Thérapeutique clinique (méthode des indications), le vendredi à neuf heures et demie, amphithéâtre des cours. — Clinique élémentaire, le mardi à neuf heures, au lit des malades.

M. Landouzy : Clinique et thérapeutique médicales, le mercredi, à neuf heures, au lit des malades; le jeudi, à dix heures, amphithéâtre des cours.

M. Nicaise : Clinique chirurgicale, le samedi, à neuf heures et demie, amphithéâtre du service. — Clinique élémentaire, le mercredi, à neuf heures et demie, dans le service.

Bichat. — M. H. Huchard : Conférences cliniques et thérapeutiques au lit des malades (maladies de l'estomac et des poumons), les mercredis, samedis, à neuf heures et demie, salles Louis et Bazin. — Consultations et conférences sur les maladies du cœur, le jeudi, à dix heures, salles des cours. — Démonstrations d'anatomie pathologique et thérapeutique expérimentales, le lundi, à dix heures, au laboratoire.

Broussais. — M. Barth : Conférences cliniques et thérapeutiques, le mercredi, à dix heures, à l'amphithéâtre (de janvier à juillet).

M. Chauffard : Conférences cliniques et thérapeutiques, le samedi, à dix heures, à l'amphithéâtre (jusqu'au 1er février, et d'avril au 15 juillet). — Examen des malades nouveaux par les élèves, le mercredi.

M. Campenon : Clinique et opérations, le mardi, à dix heures, à l'amphitéâtre; les jeudis, samedis, à dix heures, dans les salles.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HERPÈS VACCINIFORME DU JEUNE AGE. — GANGRÈNE VULVAIRE ET PÉRIVULVAIRE. — MORT SUBITE.

Par le professeur A. FOURNIER.

Le samedi 5 novembre, entrait dans nos salles une petite fille de seize mois pour y être traitée d'une éruption génitale et périgénitale, tout à fait identique d'aspect à la curieuse affection décrite ces derniers temps sous le nom d'*Herpès vacciniforme du jeune âge.*

Cette éruption, en effet, était constituée par une vingtaine environ de petites lésions bien circonscrites, régulièrement arrondies pour la plupart, disséminées sur les grandes lèvres, le périnée, la face supéro-interne des cuisses et le pli inguinal gauche. De ces lésions, la plupart étaient simplement exulcératives et n'offraient d'autres caractères que ceux de petites plaies superficielles, effleurant plutôt qu'entamant le derme, sortes de vésicatoires en miniature. Mais d'autres, au nombre de quatre ou cinq, offraient une physionomie bien autrement distinctive. Elles consistaient en des papulo-pustules très régulièrement circulaires de contour, d'un diamètre quelque peu inférieur à celui d'une pièce de 20 centimes, formant de petits plateaux ombiliqués à leur centre, et tout à fait remarquables par une teinte argentée, d'un gris cendré, teinte rappelant absolument celle qui caractérise si spécialement la pustule vaccinale à son sixième ou septième jour. On eût dit très positivement des boutons de vaccine en pleine floraison, reposant comme d'usage sur une base épaissie, rénitente et cerclée d'une aréole érythémateuse. Quelques autres lésions, devenues excoriatives à leur centre, étaient encore encadrées à leur périphérie par une semblable collerette argentée, vestige de leur revêtement épithélial détaché.

Une seule autre lésion (probablement de même ordre) se rencontrait sur le front, mais celle-ci déjà encroûtée, jaunâtre et n'offrant rien de spécial.

Nous n'hésitons pas, je le répète, à reconnaître dans cette éruption un type d'herpès vacciniforme du jeune âge ; — d'autant plus que les renseignements fournis par la mère de l'enfant légitimaient bien ce diagnostic. On nous racontait ceci, en effet : que l'enfant, de très bonne santé habituelle, n'était devenu « quelque peu malade » que depuis une douzaine de jours ; — qu'elle avait commencé alors à présenter « des rougeurs » sur le siège de lésions actuelles ; — que ces rougeurs s'étaient peu à peu transformées en autant de « boutons blancs », analogues à ceux qui conservaient encore l'aspect vaccinal ; — puis que ces boutons blancs s'étaient ouverts, « avaient crevé » pour la plupart ces derniers jours et s'étaient alors transformés en autant de « petites plaies vives » ; finalement, que l'enfant avait toujours eu un peu de fièvre depuis le début de ces accidents, qu'elle ne man-

geait que peu ou pas, se contentant de boire du lait, qu'elle était agitée la nuit, etc., sans toutefois présenter rien de plus sérieux

Actuellement, cette petite fille, assez belle d'allure, assez grasse, présentait un peu de fièvre, mais elle n'était pas abattue. Toutes ses fonctions étaient en bon état. L'examen viscéral ne révélait rien de morbide. Selles régulières, jamais de vomissements ni de diarrhée.

Je confesse que, lors de ce premier examen, notre pronostic sur l'évolution future de cet état morbide fut des plus favorables. J'avais toujours vu guérir l'herpès vacciniforme ; l'enfant n'offrait pas le moindre symptôme alarmant ou suspect. Je crus que tout allait marcher comme d'usage.

Traitement : lotion boriquées ; comme pansement, poudre d'iodoforme. Lait. Mais, dès le lendemain, les choses avaient bien changé de face. Si l'état général ne s'était pas aggravé, en revanche l'état local s'était modifié du tout au tout. La vulve, déjà quelque peu turgescente la veille, était devenue fortement œdemateuse, renitente. Et, surtout, la plupart des lésions avaient pris une teinte d'un brun foncé, livide, violette, de mauvais aspect. Elles tournaient manifestement au sphacèle.

Le 7 (lundi), la gangrène est devenue évidente sur presque tous les points, tant sur les lésions vaccinales (qui se sont dépouillées de leur revêtement épithélial) que sur les lésions qui se sont présentées à nous originairement sous forme excoriative. D'une part, ces érosions se sont à la fois creusées, excavées, en même temps qu'élargies comme surface ; et, d'autre part, elles offrent une teinte foncée, vineuse, presque noirâtre çà et là. Elles ressemblent à des plaques de sphacèle. Elles suintent à peine, semblent comme asséchées et parcheminées. Les grandes lèvres sont fortement indurées, turgides, et une bande d'induration phlegmoneuse se prolonge jusque vers la région inguinale gauche.

L'état général néanmoins reste satisfaisant, au moins d'une façon relative. Température à 38°4 le matin et à 38° le soir. Langue un peu grisâtre, mais pas de vomissement, pas de diarrhée. Pas de symptômes nerveux, pas de phénomènes d'adynamie. L'enfant se nourrit de lait qu'elle prend sans dégoût.

On continue le même traitement local : sulfate de quinine, 15 centigrades. Le 8, au matin, la gangrène a fait de notables progrès. Les grandes lèvres sont absolument sphacéliques et noires dans toute leur hauteur, turgides, avec un état phlegmoneux à la base. De plus, une traînée gangréneuse noire s'est étendue au sommet de la vulve et a même envahi tout le pli inguinal gauche. La plupart des ulcérations de la lèvre gauche offrent ce même état sphacélique en voie d'extension serpigineuse. En revanche, plusieurs des lésions du périnée et de la cuisse droite paraissent tendre à un processus résolutif.

La nuit a été un peu agitée. L'enfant paraît abattue. Un vomissement ce matin. Diarrhée légère depuis hier soir. Toutefois, rien encore de véritablement sérieux. — Température à 37°6.

La journée se passe sans incident. A six heures du soir, le thermomètre marque 38°4. Vers sept heures, l'enfant demande à boire et avale tout un verre de lait; puis, presque au même instant, elle pousse un cri, s'affaisse et meurt en l'espace de cinq minutes.

Bien que pratiquée avec un soin minutieux et par un anatomo-pathologiste émérite, M. le docteur Darier, l'autopsie ne nous a pas révélé le secret

de cette mort sinon inattendue, au moins très singulière par son invasion subite, sans le moindre symptôme précurseur grave, important. Tous les organes ont été trouvés dans un état d'intégrité absolue, à cela près de quelques lésions minimes du poumon, qui, vraiment, auraient pu passer inaperçues en toute autre occurrence. Ces lésions consistaient en ceci : à la surface des deux poumons, et notamment sur la base, quelques petites taches noires ecchymotiques, correspondant à des foyers hémorrhagiques minimes ; la plus grande mesurait l'étendue d'une pièce de 20 centimes, les autres ne dépassaient pas les proportions d'une lentille.

Si bien que, comme conclusion de son autopsie sur la cause de la mort, M. Darier n'a pu aboutir qu'à telle ou telle des hypothèses suivantes : ou bien la mort a été le résultat d'une syncope réflexe, vraisemblablement imputable à des embolies multiples et microscopiques restées inaperçues, mais dont l'existence serait rendue admissible par le fait même de quelques autres infarctus pulmonaires; ou bien elle serait due à une intoxication par des ptomaïnes issues des foyers gangréneux et ayant fait irruption dans le torrent circulatoire.

Au surplus, je ne saurais mieux faire que de placer ici le compte rendu complet de cette autopsie, rédigé par M. Darier.

Autopsie faite le 10 novembre 1892, trente heures après la mort.

Le cadavre est celui d'un enfant bien conformé, non amaigri. A l'examen extérieur du sujet, on note : 1° Sur le front, une croûtille de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, croûtille recouvrant une érosion ronde, très superficielle; 2° une vaste lésion gangréneuse occupant la vulve, la région gauche et la face antérieure des deux cuisses. Dans le pli inguinal gauche existe une fissure, orifice d'une caverne gangréneuse; des incisions faites en ce point montrent que la lésion ne dépasse pas le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Il n'y a ni œdème, ni fusées purulentes, ni décollement des téguments dans le voisinage. Le fond de la caverne répond à la branche montante du pubis; l'os et le périoste ont leur aspect normal. Nulle part, on ne trouve d'ecchymose, non plus que vestige d'un traumatisme quelconque.

Ouverture du corps. — Cavité thoracique. L'attention étant dirigée particulièrement vers la présence possible d'un embolus, l'examen du cœur et des vaisseaux du médiastin et du poumon a été fait avec grand soin.

Il n'y a pas de liquide dans le péricarde. L'oreillette droite, le ventricule droit et l'artère pulmonaire sont ouverts en place. On trouve dans le cœur droit du sang liquide et un caillot exclusivement fibrineux, certainement formé sur place, car sa forme reproduit celle des cavités qui le renferment; il a donc une partie auriculaire avec prolongement dans l'auricule, une partie ventriculaire et un prolongement filiforme dans l'artère pulmonaire, prolongement qui s'étend jusqu'à la bifurcation de cette artère et se termine en s'effilant. Ce caillot est fibrineux et ferme; il n'est pas ramolli à son centre; il n'adhère nulle part à l'endocarde (qui est sain), mais est retenu par intrication entre les pilores du ventricule.

Le ventricule gauche contient un caillot fibrineux et cruorique absolument semblable au précédent. Ce caillot présente un prolongement auriculaire et un prolongement aortique.

Ces caillots sont évidemment autochtones et de formation récente; ils résultent d'une coagulation post-mortem ou tout au plus agonique. Il n'existe ni végétation, ni lésion valvulaire, ni lésion myocardique, ni malformation du cœur.

L'artère pulmonaire est ouverte dans toute son étendue; ses deux branches de bifur-

cation sont libres; les branches de deuxième ordre, de troisième ordre, etc., aussi loin qu'il est possible de les suivre avec les ciseaux, sont absolument libres.

Les plèvres ne contiennnent pas de liquide; elles n'offrent pas trace d'inflammation.

Les poumons ont leur volume et leur aspect normal. Cependant, en les examinant avec soin, on découvre à leur surface, et notamment aux deux bases, quelques taches noires ecchymotiques. On compte trois de ces taches sur le poumon gauche, cinq ou six sur le poumon droit. La plus grande a l'étendue d'une pièce de 20 centimes; les autres sont de la grandeur d'une lentille. Au niveau de ces taches, le tissu pulmonaire est à peine induré; à la coupe, on voit qu'elles répondent à des foyers hémorrhagiques très minimes d'un demi-centimètre d'épaisseur au plus. La branche de l'artère pulmonaire qui se rend dans la direction de ces foyers, examinée à nouveau, ne contient aucun embolus visible.

Le reste du tissu pulmonaire crépite bien et n'offre aucune altération; il n'y a qu'un peu de congestion cadavérique vers les parties déclives.

Les bronches ne sont pas enflammées; les ganglions bronchiques ne sont pas tuméfiés.

Recherchant si, dans les voies respiratoires supérieures, il n'y aurait pas une cause d'asphyxie, on examine la bouche, le pharynx, le larynx, la trachée et le corps thyroïde sans rencontrer aucune lésion : on observe seulement un développement, peu exagéré, du reste, de l'amygdale de Luschka.

Les veines pulmonaires, l'aorte, les veines caves sont à l'état normal.

Cavité abdominale. — Dans le péritoine, quelques grammes d'épanchement séreux; pas de fausses membranes ni aucun indice de péritonite.

La rate est petite et de consistance ferme.

Le foie et les reins sont normaux.

Les organes du bassin (rectum, vagin, utérus, vessie) ne présentent rien que de normal.

Les veines iliaques primitives, les iliaques externes jusqu'aux fémorales ne renferment aucun caillot et n'offrent aucune trace de phlébite. Les veines hypogastriques, le plexus périvésical, etc., sont également à l'état physiologique.

L'encéphale, examiné minutieusement, ne présente, ni à l'extérieur, ni sur les coupes, aucune lésion; il n'existe notamment aucune inflammation des méninges; les artères de la base sont normales.

Les résultats de cette autopsie sont, en résumé, négatifs à bien des points de vue :

Négatifs, à l'égard d'une embolie pulmonaire importante, le cœur et l'artère pulmonaire étant libres et sains, et, d'autre part, aucune des veines voisines de la lésion gangréneuse n'offrant traces d'une thrombose qui eût pu être le point de départ de l'embolus.

Négatifs, au point de vue d'un traumatisme, d'une trace de mort violente, d'un empoisonnement par un toxique violent, etc.

Négatifs, au point de vue d'une infection, telle que le charbon, par exemple (rate petite et dure; pas de congestions viscérales, pas de sang dissous, etc.)

La seule lésion que nous ayons relevée, c'est la présence de petits foyers hémorrhagiques dans les poumons; ces foyers répondent vraisemblablement à des embolies minimes et non constatables à l'œil nu datant (d'après ce qu'on sait de l'évolution des infarctus) de vingt-quatre heures au moins. Elles sont parties probablement des vésicules de la région gangrenée. Sans doute il y en a eu d'autres plus récentes, minimes également, dont on ne trouve pas encore trace à l'examen du tissu pulmonaire. Il est donc possible (?) que ces embolies minimes, mais multiples, aient causé la mort par le mécanisme d'une syncope réflexe. Quelques faits analogues ont déjà été cités.

Si l'on se refuse à accepter cette explication, je ne vois, comme cause possible de la

mort de cette enfant qu'une intoxication par des ptomaïnes (?) nées dans le foyer gangréneux et ayant fait irruption brusquement dans le torrent circulatoire. »

Somme toute, cette observation me semble digne d'intérêt à des titres divers.

I.—D'abord, c'est un exemple d'herpès vacciniforme se terminant par la mort. Jusqu'à ce jour, nous l'avions toujours vu aboutir *sponte sua* à guérison, et nous étions presque autorisé à le considérer comme une affection bénigne. Force nous est d'admettre aujourd'hui qu'il est susceptible de se compliquer d'accidents gangréneux, avec toutes les éventualités que comporte une gangrène.

II. — En second lieu, le fait en question témoigne qu'une gangrène génitale et pérégénitale peut aboutir à la mort dans des conditions d'état général non alarmant, c'est-à-dire sans cortège d'accidents graves. Notre petite malade n'a pas eu un symptôme vraiment grave, de nature à donner l'alarme, de nature à faire prévoir une terminaison si rapide, si brusque, si brutale. Elle est positivement morte en plein état de vie, avec une résistance vitale non épuisée d'apparence, voire à peine amoindrie.

III. — Enfin, de l'ensemble des symptômes précités, du fait de cette complication sphacélique, du fait aussi de cette mort singulière, il ressort, me semble-t-il, une démonstration en plus pour témoigner que l'herpès vacciniforme constitue une maladie d'ordre infectieux En toute vraisemblance, une scène morbide de ce genre doit avoir pour raison un état infectieux, provenant de l'introduction, dans un organisme sain, d'un agent pathogène, d'un microbe encore ignoré. C'est donc à la détermination de ce genre nocif, de ce microbe, que doivent désormais tendre nos efforts, et c'est en ce sens aussi que devra être dirigée notre thérapeutique.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DES KYSTES HYDATIQUES DE LA FACE INFÉRIEURE DU FOIE

Par Maurice Michel
Interne lauréat des hôpitaux de Paris

(Suite et fin.)

Voici, résumées, les observations de nos deux malades.

Observation I. — *Kyste hydatique de la région du hile du foie. — Rétention biliaire. — Mort au milieu de phénomènes d'ictère grave.* — Herv..., 16 ans, entré le 14 décembre 1891, salle Saint-Augustin, n° 2, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Bucquoy.

Antécédents héréditaires. — Mère morte très jeune. Père vivant, asthmatique. Pas de frères ni de sœurs du premier lit. Du deuxisme lit, 9 enfants sont morts ; le dernier seul, âgé de 6 ans, survit et est bien portant.

Antécédents personnels. — A eu la gourme à 8 ans. Pas d'autre maladie antérieure.

Entré à l'hôpital pour un ictère qui a débuté 15 jours auparavant. Garçon extrêmement peu développé pour son âge. Ne paraît pas avoir plus de 12 ans. Membres grêles.

(1) Voir le numéro du jeudi 12 janvier 1893.

Pariétaux saillants. Nez écrasé au niveau de la racine. Voûte palatine en ogive. Malformations dentaires. Testicules petits; pubis et aisselle absolument glabres. Bref, signes marqués d'infantilisme.

Coloration ictérique très accentuée de la peau et des muqueuses. Urines contenant une quantité notable de pigment biliaire.

Foie très gros, débordant de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes gauches, lisse à la palpation. Rate ne paraissant pas hypertrophiée.

Pas d'ascite appréciable; pas de circulation collatérale de la paroi abdominale antérieure.

Appétit conservé. Pas de troubles digestifs. Rien au cœur ni aux poumons.

Marche. — Ictère persistant avec des alternatives d'atténuation et d'accentuation. Epistaxis fréquentes. Poussées de fièvre de quelques jours de durée. Enfin, terminaisaison fatale au milieu d'accidents fébriles accompagnés d'hémorrhagies nasales et gingivales, et suivis de coma.

Autopsie. — Petit foyer hémorrhagique dans le tissu cellulaire du cou, au-dessous du maxillaire inférieure, à gauche de l'angle correspondant de cet os.

Ecchymoses dans le tissu cellulo-adipeux sous-sternal.

Pharynx contenant du sang caillé. *Amygdales* très grosses. Muqueuse pharyngée colorée fortement en jaune.

Œsophage et *estomac* contiennent un peu de sang. L'*intestin grêle* renferme un liquide sanguinolent. Une pression faite sur la vésicule biliaire n'amène pas d'écoulement de la bile par l'ampoule de Valet.

Ganglions des *médiastins* très tuméfiés et offrant une coloration verdâtre.

Poumon gauche congestionné; poumon droit adhérent aux côtes, comprimé par le foie et légèrement refoulé, dans l'angle costo-cérébral. Ecchymoses parsemant le tissu cellulaire sous-pleural.

Cœur normal.

Reins de volume normal, lisses à la surface; leur substance est fortement colorée par la bile. La muqueuse du bassinet offre aussi quelques ecchymoses.

Foie très volumineux, dont la surface convexe est lisse et présente quelques vaisseaux biliaires très distendus. Coloration jaune verdâtre très prononcée du parenchyme.

Vésicule biliaire distendue, de forme cylindro-conique, d'une longueur de 7 centimètres environ. Canal cystique et cholédoque très dilatés : le premier atteint le calibre d'un porte-plume ; le second, celui du petit doigt.

Au niveau du hile, émergeant du parenchyme, tumeur blanchâtre, d'aspect bosselé, fluctuante, du volume de deux poings réunis. Cette tumeur n'adhère pas en arrière à la colonne vertébrale; elle fait saillie en avant et comprime le canal cholédoque dans sa moitié inférieure. Incisée, elle laisse écouler un liquide clair, eau de roche, sans vésicules filles. Il est facile de constater alors que la tumeur peut être considérée comme formée de deux parties à peu près égales, une partie intra-hépatique et une partie extra-hépatique, celle-ci étant l'agent de la compression portant sur le canal cholédoque. Au microscope, nombreux crochets.

Observation II. — *Kyste hydatique du hile du foie. — Ictère chronique. — Mort.* — X..., 35 ans, cuisinier, entré dans le service de M. Bucquoy, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, au mois d'avril pour un ictère intense, dont le début remonte à environ huit mois.

Ce malade, malgré sa profession, nie tout excès alcoolique. L'ictère est très prononcé (olivâtre). Pigment biliaire dans les urines. Selles décolorées.

Foie gros, lisse, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes gauches. La per-

cussion donne une légère augmentation de la matité de la région splénique. Quelques vésicules apparentes sur la paroi abdominale antérieure.

Pas d'ascite appréciable. De temps en temps, légères épistaxis.

Rien aux autres viscères.

Pas d'amaigrissement notable; pas d'œdème des jambse; pas de fièvre.

La situation restant la même, le malade sort de l'hôpital au bout de quelques semaines et rentre dans le service au mois de septembre.

A cette date, l'ictère n'avait pas varié, mais le foie est un peu plus volumineux.

Les membres inférieurs, les organes génitaux et la paroi abdominale sont œdématiés.

Ascite notable. Ventre très tendu, météorisé. Amaigrissement notable. Pas de fièvre. Pas d'hémorrhagies.

Au bout de quelques jours, la tension du ventre est si prononcée et si douloureuse qu'on pratique une ponction, on retire à peine deux litres de liquide péritonéal franchement ictérique.

L'état général s'aggrave rapidement et le malade succombe bientôt sans avoir présenté d'hémorrhagies ni d'élévation de température.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule deux ou trois litres de liquide péritonéal teinté en jaune. Épaississement notable de la séreuse.

Le foie est très augmenté de volume et sa surface présente, au niveau de sa convexité, des lésions de périhépatite. A la partie externe de la face inférieure, entre le sillon de la vésicule biliaire et le bord droit du foie, on trouve un kyste hydatique du volume d'une grosse orange, dont les trois quarts environ font hernie à travers le tissu hépatique.

Un peu plus à gauche, au niveau même du hile, entre le sillon de la vésicule biliaire et celui de la veine ombilicale, existe un autre kyste du même volume que le premier, comprimant le canal hépatique et la bifurcation de la veine porte. Ce kyste est complètement inclus dans la glande: 1 centimètre à peine de tissu hépatique recouvre sa face inférieure, qui bombe facilement et qui comprime le canal hépatique et la veine porte.

La vésicule biliaire n'est pas dilatée; elle renferme en petite quantité une substance demi-liquide, blanchâtre et gluante. Canal cholédoque de volume normal et perméable. La rate est normale. Un peu de périsplénite.

Au niveau de sa face interne, contiguë au hile, on trouve une tumeur kystique, du volume d'une très grosse orange, qu'on peut facilement séparer de la rate, mais qui présente de solides adhérences avec la queue du pancréas, aux dépens duquel elle s'est développée. Son contenu renferme un liquide eau de roche qui, à l'examen microscopique, présente une quantité considérable de tête de tænias et de crochets.

Rien de particulier à noter dans les autres viscères. Rate de volume normal.

Dans les deux observation que nous venons de rapporter, le diagnostic vrai n'a été fait que sur la table d'amphithéâtre. Dans le premier cas, l'absence d'étiologie nette et précise, d'une part, l'infantilisme du malade, l'écrasement de la racine du nez, la saillie anormale et véritablement exagérée des pariétaux, la mortalité élevée des enfants du second lit, d'autre part, firent émettre l'opinion qu'il s'agissait probablement d'une lésion hépatique syphilitique héréditaire à manifestation tardive.

Cependant, certaines réserves devaient être faites en raison de l'ictère intense, de l'absence d'ascite et de signes certains d'hérédité spécifique. Mais, comme dans certains cas rapportés par différents auteurs, l'ictère était apparu dans une syphilis hépatique héréditaire tardive démontrée par l'autopsie; comme l'ascite fait parfois défaut (Lancereaux, Tissier, Her-

roche); comme les résultats de la palpation du foie pouvaient être inexacts, le diagnostic porté fut maintenu sans trop de restrictions (1).

Dans le deuxième cas, le diagnostic fut plus affirmatif et tout aussi erroné. On considéra le malade comme atteint d'une cirrhose hypertrophique avec ictère persistant. L'augmentation de volume du foie et de la rate, la chronicité de l'ictère, l'absence d'ascite (elle n'apparut que dans les dernières semaines), furent les signes sur lesquels on s'appuya pour établir ce diagnotic.

Les quelques recherches que nous avons faites dans la littérature médicale sur ce point nous ont montré que les faits que nous avons rapportés n'étaient point isolés. Ils existe, à notre connaissance, deux observations où la même localisation du kyste hydatique a donné lieu à des symptômes analogues.

La première est due à M. Hippolyte Martin qui l'a communiquée en 1877 à la Société anatomique (2). Elle a trait à un enfant de dix ans, entré dans le service de M. Labrie pour un ictère remontant à dix mois et qui mourut à la suite d'une épistaxie prolongée. On hésita pendant la vie entre le diagnostic de lithiase biliaire avec oblitération des conduits de la bile et celui de cirrhose hypertrophique. L'autopsie montra que cet ictère chronique était lié à la présence de kystes hydatiques développés dans le foie et dont un comprimait les voies biliaires à leur origine. L'examen histologique révéla en même temps des lésions de cirrhose perilobulaire.

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. le professeur Charcot fit remarquer que, la rate n'étant pas hypertrophiée, on aurait peut-être pu écarter le diagnostic de cirrhose hypertrophique. Dans notre observation II, cet élément de diagnostic faisait défaut puisque nous avons vu que la percussion avait fait croire à une augmentation de volume de la rate qui, en réalité, n'existait pas, et devait être attribuée à la présence du kyste hydatique de la queue du pancréas accolé à la glande splénique.

La seconde observation, analogue aux nôtres, est rappelée par M. Dauchez (3). Là encore, il s'agissait d'un kyste de la face inférieure du foie ayant amené successivement (à plusieurs années d'intervalle) de l'hypertrophie de la rate par gêne circulatoire et de l'ictère chronique avec fièvre par compression du canal cholédoque.

La mort eut lieu dans le coma et au milieu de phénomènes d'ictère grave.

Dans les quatre observations que nous venons de rapporter, les kystes hydatiques du hile du foie ont fait naître des symptômes particuliers qui ont attiré l'attention du côté de l'organe. Il n'en est pas toujours ainsi. Même dans cette région, ils peuvent rester silencieux et ne donner lieu à aucun signe permettant de les soupçonner pendant la vie. Témoins les cas de Pelvet et de Barette (1). Mais c'est là une exception, et il nous

(1) Roger, *Maladies de l'enfance,* t. II. — Ripolle, *Revue médicale de Toulouse*, 1880. — Oudin et Barthélemy, *Arch. méd.*, 1884. — Tissier, Soc. anat., 1884. — Murchison, *Maladies du foie*, 1878. — Gouraud, Soc. anat., 1863. (Cités par Hudelo. Thèse de Paris, 1890.) Hipp. Martin, Soc. Anat. 1877.

(2) Dauchez, Soc. Anat. et *Progrès médical*, 1884.

(3) Pelvet, Soc. Anat., 1867. — Barette, Soc. Anat. 1879.

semble qu'on peut résumer ainsi ce qui précède : les kystes hydatiques de la face inférieure du foie peuvent être divisés en trois variétés : kystes antéro-inférieurs, kystes postéro-inférieurs et kystes de la région du hile (kystes hilaires).

Ces derniers sont d'ordinaire de moyen volume et compriment les canaux d'excrétion de la glande et la veine porte.

Ils se révèlent cliniquement par un ensemble de symptômes pouvant faire croire à une cirrhose hypertrophique avec ictère chronique (observation II et observation de M. Hipp. Martin et de M. Dauchez), ou même à une cirrhose syphylitique héréditaire tardive. (Observ. I.)

Ils aboutissent à la mort du malade au milieu de phénomènes d'ictère grave (hémorrhagies-coma) ou dans le marasme, au bout d'un temps variable, mais qui ne paraît pas dépasser une année à partir de l'apparition de l'ictère.

Très exceptionnellement, ils ne donnent lieu à aucun symptôme et ne sont reconnus qu'à l'autopsie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 janvier 1893. — Présidence de M. Chauvel.

Sommaire : *De l'orchidopexie. — De l'opération de Hoffa. — Abcès du cerveau.*

La Société de chirurgie avait à élire trois associés étrangers, quatre correspondants étrangers et six correspondants nationaux. Une partie de la séance a été occupée par le dépouillement des votes, à la suite desquels ont été élus :

Associés étrangers : MM. Cheever (de Boston); Saxtorph, ancien chirurgien en chef de l'hôpital Frédéric, à Copenhague, professeur de pathologie externe à l'Université; Socin, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bâle.

Correspondants étrangers : MM. Martin (Edouard), privat-docent à la Faculté de Genève; Saxtorph (Sylvester), chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph, à Copenhague, agrégé et privat-docent à l'Université; Vlaccos (de Mytilène), agrégé à l'Université d'Athènes; Wier, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Colombie, chirurgien du New-York hospital.

Correspondants nationaux : MM. Denucé, professseur agrégé à la Faculté de Bordeaux; Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins; Etienne (de Toulouse); Février, médecin-major, agrégé à la Faculté de Nancy; Vincent, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, chirurgien à l'hôpital civil; Leclerc, à Saint-Lô.

A l'occasion du procès-verbal, M. **Marc Sée** revient sur l'Orchidopexie, et, d'après une observation personnelle, pense qu'elle ne peut être faite dans certains cas; quand, par exemple, malgré la libération la plus large, le cordon spermatique est trop court pour permettre au testicule de descendre. C'est ce qui lui arriva, et il fut obligé de terminer son opération par la castration.

On se souvient de la dernière communication de M. Kirmisson sur la Luxation congénitale de la hanche traitée par la méthode sanglante. M. **Quénu**, à cause de la rareté des Opérations de Hoffa en France et à cause même de l'impossibilité dans laquelle il

s'est trouvé de faire rentrer la tête dans la cavité cotyloïde après avoir sectionné tous les muscles qui pouvaient s'y opposer, cite l'observation suivante :

Il s'agissait d'un enfant de 4 ans 1/2 atteint d'une LUXATION CONGÉNITALE DOUBLE présentant un raccourcissement des membres d'au moins 3 centimètres et une ensellure considérable. M. Quénu opéra d'abord le côté droit en juin 1891. Il fit l'incision de Langenbeck, détacha tous les muscles trochantériens de leurs insertions et ne put arriver à replacer la tête dans sa cavité · ce qui tenait, suivant ce chirurgien, à l'inclinaison très peu marquée du col fémoral sur le corps de cet os. L'amélioration fut cependant très sensible, et, en février 1892, l'autre articulation de la hanche fût opérée. M. Quénu, pensant que les adducteurs s'opposaient à la descente du fémur, et, par conséquent, à l'adaptation de la tête dans la cavité, fit comme Lorenz, les incisa ; désinséra, de plus, tous les muscles prenant attache au grand et au petit trochanter, trouva la même disposition anatomique que de l'autre côté, et, malgré toutes les manœuvres faites par lui et M. Nélaton, ne put réintégrier la tête fémorale dans sa cavité. Il fut donc obligé de se comporter à gauche comme à droite, c'est-à-dire de décapiter la tête fémorale. Le résultat fut cependant bon, l'amélioration très sensible dans la marche, et l'ensellure diminua considérablement.

La communication la plus importante de la séance a été celle de M. **Terrillon**, ayant trait à un ABCÈS INTRA-CÉRÉBRAL RÉSULTAT D'UNE SUPPURATION ANCIENNE DE L'OREILLE, abcès traité par la *trépanation* et l'*ouverture large* du foyer.

Voici cette observation dans ses détails : A la suite d'une grippe contractée en 1880, le malade qui fait le sujet de cette communication, vit survenir un écoulement légèrement purulent de l'oreille droite. Cette suppuration, quoique intermittente, continua et résista aux lavages répétés faits par le conduit auditif externe. Au bout de cinq ou six ans, l'amélioration ne se faisant pas sentir, M. X... vint à Paris consulter un spécialiste, qui aurait enlevé un petit polype et qui n'aurait rien constaté du côté de l'apophyse mastoïde. En 1890, les douleurs augmentèrent et devinrent telles, en 1891, qu'elles s'accompagnèrent de vertiges. Elles s'étaient, du reste, à ce moment, localisées au-dessus de l'oreille droite. Le 20 avril de cette même année, le malade, qui avait alors 46 ans, fut pris de fièvre violente, d'accidents cérébraux qui durèrent quelque temps et cessèrent pour recommencer le 1er mai ; mais avec une telle intensité, avec des phénomènes tels de coma, que M. X... consulta M. Terrillon. Ce chirurgien constata un point douloureux bien net à la partie postérieure de la fosse temporale. La fièvre était intense. Le thermomètre marquait 40°. L'amaigrissement augmentait rapidement, et, malgré l'absence de tout symptôme du côté de l'apophyse mastoïde, M. Terrillon porta le diagnostic d'abcès cérébral ayant envahi le cerveau par propagation osseuse de l'oreille en voie de suppuration, à la substance même de la masse encéphalique. L'opération fut proposée, immédiatement acceptée, et s'accompagna des particularités suivantes :

Une incision en croix fut d'abord pratiquée au-dessus et un peu en avant du conduit auditif, sur le point du maximum de douleur. Une large couronne de trépan fut appliquée et montra des méninges absolument saines. Une ponction avec le trocart moyen de l'aspirateur Potain fut faite jusqu'à une profondeur de 5 centimètres sans rien déceler. M. Terrillon se porta alors en arrière, dans la direction de la première temporale, et vit apparaître le pus filant qu'on connaît. Il en retira une trentaine de grammes, et, pour pouvoir ouvrir directement la poche, appliqua en arrière de la première une seconde couronne de trépan qui lui permit d'inciser le tissu cérébral et d'ouvrir largement une cavité du volume d'un gros marron. Cette cavité fut nettoyée, bourrée avec de la gaze iodoformée et la température redevint immédiatement normale.

Le malade, cependant, resta dans le coma, malgré l'ergotine, les piqûres d'éther, les lavements alimentaires qui lui furent donnés. Ce n'est qu'au commencement du troisième jour qu'il reprit connaissance. A la fin du quatrième jour, il parla, et, à partir de ce moment, l'amélioration fut très rapide. Cependant, vers le huitième jour, il eut une attaque de contractures à gauche, attaque qui dura six heures, mais qui ne se reproduisit pas. La plaie se cicatrisa rapidement. Le vingt-cinquième jour, l'opéré se leva et entra en convalescence. Celle-ci dura quatre mois.

A l'heure qu'il est, plus d'un an après l'intervention, le malade va tout à fait bien ; mais, malgré tous les efforts d'une thérapeutique appropriée, la suppuration de l'oreille ersiste encore.

M. Terrillon insiste sur la facilité avec laquelle il a rencontré le pus en s'appuyant sur le seul symptôme douleur, et rapproche cette observation de celle du petit malade, qu'il a communiquée à la Société de chirurgie en 1889, et dans laquelle, malgré la découverte de l'abcès, l'opéré succomba.

L'opération de M. Terrillon a été des mieux conduites, dit **M. L. Championnière;** elle peut être considérée comme le type des SUPPURATIONS CÉRÉBRALES CONSÉCUTIVES AUX OTITES PURULENTES, et ce qui frappe particulièrement dans cette observation, c'est d'abord a longue durée de la maladie avec ses symptômes trompeurs, qui se montrent pour dis paraître ensuite, ce qui fait qu'on se demande longtemps si le moment d'opérer est venu.

C'est aussi la lenteur de la guérison. Ce fait est déjà signalé chez des malades ayant eu pendant longtemps une affection cérébrale. Ce manque d'amélioration est dû à la réparation des lésions qui se sont faites autour de l'abcès. Cette réparation est longue, mais arrive sûrement, et l'abaissement de la température prouve, malgré cet état qui persiste, que l'opération a été bien faite et que l'abcès n'existe plus.

Enfin, il faut bien savoir que l'étude des localisations utile dans certains cas peut être négative dans d'autres. Les symptômes de ces localisations sont difficiles à analyser à cause quelquefois de leur similitude. C'est ainsi que certains abcès du cervelet donnent les mêmes symptômes que les suppurations d'un lobe temporal. Une fois même le crâne ouvert, il est souvent délicat de se rendre compte du niveau où on se trouve et dans l'observation de M. Terrillon, c'est sur la première circonvolution temporale que la couronne de trépan a été placée.

L'abcès guéri, les suppurations de l'oreille persistent. Elles sont dues à une lésion quelquefois inattaquable du rocher. Il faut le savoir, et ces suppurations interminables sont toujours une menace, car elles peuvent donner lieu à de nouvelles suppurations intra-cérébrales.

La séance se termine par la présentation d'un malade auquel **M. Delorme** a amputé tous les doigts, sauf le pouce, pour une gangrène et qui est porteur d'un appareil prothétique très ingénieux ; grâce à ce dernier, le malade peut saisir un verre, un objet quelconque sur une table. La flexion est sous la dépendance d'un ressort déclanché par un mouvement du poignet et l'extension des doigts se produit en plaçant le bras dans l'abduction.

M. Quenu présente une pièce anatomique représentant une grossesse extra-utérin qu'il a enlevée par la laparatomie.

Au commencement de la séance, le secrétaire général a annoncé à la Société que le comité du Congrès international de médecine, qui doit se tenir à Rome en 1893, prévenait ses différents membres que ce congrès devait avoir lieu du 24 septembre au 1er octobre.

Eugène ROCHARD.

COURRIER

La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le mercredi 18 janvier.

Ordre du jour : Allocution de M. Chauvel, président ; Compte rendu des travaux de l'année 1892, par M. Bouilly, secrétaire annuel ; Eloge d'Ulysse Trélat, par M. Ch. Monod, secrétaire général ; Proclamation des prix pour l'année 1892.

— Les étudiants de l'université de Bordeaux préparent de grandes fêtes pour l'inauguration du nouveau local de leur association. Ces fêtes, qui seront présidées par M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, auront lieu les 26, 27 et 28 janvier. De nombreuses délégations des autres universités de France et de celles de l'étranger y prendront part.

— L'hôpital international, fondé par M. Péan, 11, rue de la Santé, sera inauguré samedi 21 janvier, à neuf heures du matin. M. Péan fera ce même jour sa première leçon et continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur F. Dubief est nommé directeur de l'asile de Bron.

— Tous les médecins de l'ancien et du nouveau monde sont invités à prendre part à un concours institué par le *New-York Recorder* dont le prix, de 25,000 francs, sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les causes et le traitement de la phtisie.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — Mutations dans le corps de santé de la marine :

Médecins en chef : MM. Roussel passe, sur sa demande, du port de Lorient à celui de Brest; Manson est nommé sous-directeur à Lorient; L.-M. Geoffroy servira à Lorient;

Médecins principaux : MM. Nicomède et Canoville sont affectés au port de Cherbourg; P.-M. Néis, au port de Brest;

Médecins de 1re classe : MM. Nollet est affecté au port de Cherbourg; Lacarrière est maintenu en service dans l'Inde.

M. le médecin de 1re classe des colonies Pineau; M. le médecin de 2e classe de la marine Toché; les infirmier-major et infirmier de 1re classe Blanc et Simonetti prendront passage, à destination de la Cochinchine ou du Tonkin, sur le transport le *Shamrock*, partant de Toulon le 1er février.

M. le médecin principal A.-G. Roux est désigné pour embarquer sur le *Courbet*, dans l'escadre de la Méditerranée, en remplacement de M. le médecin de 1re classe Brou-Duclaud, qui a terminé la période réglementaire de service à la mer.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Dans sa dernière séance, l'Académie, par l'organe de son président, déclarait deux vacances : l'une dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, en remplacement du docteur Henri Gueneau de Mussy; l'autre dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Villemin. Elle va bientôt avoir à en déclarer une troisième, celle de M. Desnos, médecin de la Charité, mort subitement jeudi soir, quand rien ne pouvait faire prévoir une disparition si rapide. C'est encore une vieille figure qui s'en va, un de ces médecins dont toute l'existence se résumait dans l'hôpital et l'Académie. Cette Société, en le recevant dans son sein, lui donna la dernière et peut-être la plus grande satisfaction de sa vie.

Le corps des hôpitaux a une autre perte à enregistrer: nous avons appris, en effet, il y a quelques jours, la mort de M. Horteloup, qui vient de succomber à une longue maladie, pour laquelle il avait été obligé d'aller dans le Midi chercher un climat plus clément. M. Horteloup était chirurgien des hôpitaux depuis l'année 1868. Il était membre du conseil supérieur de l'Assistance publique, et, dans cette situation, il avait su, par son amabilité et son désir de rendre service, s'attirer l'affection de tous ses collègues. Nous lui adressons un dernier adieu.

Puisque nous venons d'écrire le nom d'assistance publique, il est impossible que ces deux mots ne remettent pas en notre mémoire la question du budget de cette administration, budget qui vient d'être l'objet d'un rapport de M. Navarre au Conseil municipal. Un grand nombre de journaux de médecine ont déjà fait remarquer, avec le rapporteur précité, que « l'Assistance publique s'est trouvée dans la nécessité d'aliéner 64,000 francs de rentes pour couvrir les découvertes des exercices passés ». C'est un déficit considérable et qui se renouvellera, il faut le savoir, cette année, et ne fera que s'aggraver si on n'y porte remède. Il serait peut-être facile de rechercher sur qui tombe la responsabilité de pareilles mesures et de trouver que, malgré les dépenses occasionnées par l'épidémie de choléra, elles ne sont pas le fait d'une administration bien gérée; nous nous bornerons, pour le moment, à constater qu'avec le capital aliéné se perd non seulement le bien des pauvres, mais encore l'indépendance de l'Assistance publique, qui, forcée de recourir au Conseil municipal pour faire face à ses dépenses, tombe de plus en plus sous sa domination. La création des commissions et sous-commissions municipales destinées à inspecter les hôpitaux, bien que frappées dès l'origine d'impuissance, en est un exemple.

A propos du même rapport, une autre question a été soulevée : celle de

l'admission des malades payants dans les hôpitaux. On s'est élevé contre cette manière de faire, désignée sous le nom d'abus, en mettant en avant cette raison que tout lit occupé par une personne susceptible de régler la dépense d'une journée d'hôpital était une place enlevée à un indigent.

Certes, personne plus que nous n'est respectueux de l'intérêt des pauvres; mais, il faut cependant avouer que les hôpitaux ne sont pas des hospices, qu'ils ne sont pas seulement faits pour qu'un indigent puisse y trouver un lit et la nourriture ; mais bien pour soigner ceux qui souffrent ; or, s'il est une chose qu'on ne peut pas ne pas accepter c'est l'égalité devant la douleur, et quand, pour supprimer celle-ci, une intervention est indispensable, on comprend qu'un individu qui n'a pas les moyens de faire les dépenses nécessaires pour se faire opérer chez lui entre à l'hôpital où il trouve réalisées toutes les conditions requises pour lui procurer sa guérison. C'est un droit que lui donne sa qualité de citoyen de la ville de Paris.

Si on voulait faire cesser cet état de choses, on pourrait instituer dans notre capitale ce qui existe dans beaucoup de petites villes de province et dans presque toutes les cités étrangères : créer dans chaque hôpital un service de malades payants où tout individu pourrait se faire soigner sans être obligé de s'éloigner de son quartier, c'est-à-dire du centre de ses affections et de ses affaires. C'est là une idée que avons déjà entendu formuler à maintes reprises.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYPERTROPHIE TONSILLAIRE

(ablations partielles successives par morcellement, suivies d'applications iodiques immédiates).

Par le docteur Albert Ruault (1),

Médecin de la clinique laryngologique des sourds-muets.

Je n'entends nullement faire, dans cette courte note, le procès des diverses méthodes classiques de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire. Je suis d'ailleurs convaincu qu'elles sont toutes bonnes, pourvu qu'on prenne soin de ne mettre chacune d'elles en pratique que lorsque l'indication spéciale s'en présente. Si je me suis décidé à appeler l'attention de mes confrères sur une méthode nouvelle et à la leur recommander, c'est qu'elle me paraît précisément présenter sur les autres la supériorité incontestable de pouvoir s'appliquer aussi aisément et aussi avantageusement dans tous les cas d'*hypertrophie tonsillaire simple*, qu'on ait affaire à des amygdales dures ou molles, pédiculées ou enchatonnées. Dans les cas où l'amygdalotomie serait indiquée, elle lui est supérieure, parce qu'elle ne donne lieu qu'à un écoulement sanguin assez insignifiant pour ne gêner en rien l'opération pendant toute sa durée. Lorsque l'enchatonnement des tonsilles hypertrophiées indiquerait l'emploi de l'ignipuncture, ma méthode est encore supérieure à cette dernière, parce qu'elle est beaucoup moins douloureuse tant immédiatement que consécutivement, et qu'elle n'est suivie d'aucune réaction locale ou générale appréciable. Enfin, elle permet,

---

(1) Communication à la *Société de laryngologie de Paris*; séance du 2 décembre 1892.

dans tous les cas, d'opérer avec une précision et une sûreté qu'on demanderait vainement aux autres.

Le manuel opératoire est d'une extrême simplicité. Tout d'abord, on s'assure, par un examen attentif à l'aide de la sonde amygdalienne (crochet mousse), de l'état des cryptes; et si elles renferment des concrétions, on les en débarrasse par la discision; puis on recherche avec soin s'il existe des adhérences des amygdales et des piliers, et on les libère, s'il y a lieu, à l'aide d'un crochet coupant en forme de serpette, que j'ai fait construire à cet effet. Cet examen et ces petites opérations préliminaires, qui se font aisément après anesthésie locale cocaïnique, ont une très grande importance; et elles ne doivent jamais être négligées.

On procède ensuite au morcellement, qu'on pratique à l'aide d'une pince à emporte-pièce extrêmement puissante, et qui permet de réaliser sans effort la section nette du tissu amygdalien saisi entre ses mors. Pour arriver à ce résultat, les pinces emporte-pièces à double tranchant annulaire ou ovalaire (du modèle imaginé pour le larynx par Krishaber et repris ensuite par Krauss, Gouguenheim, etc.) ne conviennent pas; pas plus que les pinces à mors en forme de cuillers tranchantes, elles ne réussissent pas à effectuer la section complète du tissu saisi; et, pour enlever le fragment morcelé, il est nécessaire d'opérer une traction brusque qui déchire les lambeaux adhérents encore, manœuvre douloureuse pour le malade. Mes pinces emporte-pièces, qui ont été construites sur mes indications par M. Mathieu, ne méritent pas ce reproche. Elles n'ont qu'un seul mors annulaire; l'autre mors est plein, cylindrique, s'emboîte exactement dans le premier, et la section opérée par l'instrument est toujours complète. L'ajustage est assuré par la façon dont la pince est construite; l'une des branches étant emboîtée dans l'autre, de façon à ce que les mouvements d'écartement et de rapprochement des mors se fassent toujours suivant une direction absolument invariable, je n'insiste pas sur la façon d'appliquer la pince ; je ne crois pas qu'il soit possible de fixer aucune règle à cet égard : on se guidera sur la forme, la saillie de l'amygdale, etc.; et la manière de faire variera dès lors dans les différents cas. L'important est de se garder de saisir un des piliers entre les mors de la pince, et d'éviter de faire dans le tissu amygdalien de trop grosses prises. Jamais la surface libre des morceaux saisis ne doit dépasser les limites de l'emporte-pièce. Il faut faire la prise d'une main ferme et rapprocher les mors de la pince avec force pour sectionner franchement le morceau. On enlève ainsi, en trois ou quatre prises consécutives, une bonne partie de la surface de la glande : l'écoulement sanguin est tout à fait insignifiant et la douleur à peu près nulle.

La même manœuvre est pratiquée ensuite, s'il y a lieu, sur l'autre amygdale, après un temps de repos. On abandonne alors la pince; et, après avoir laissé reposer le malade quelques instants, on pratique sur les surfaces tonsillaires cruentées une *friction énergique* à l'aide d'un tampon de coton hydrophile fixé à l'extrémité d'une longue pince à forcipressure, et imbibé d'une *solution iodo-iodurée forte* (iode, 1 ; iodure de potassium, 1; eau distillée, 6 à 8 grammes). Cette friction donne lieu à une sensation de cuisson d'abord assez forte, mais qui diminue rapidement d'intensité et est toujours de courte durée (quart d'heure ou demi-heure, rarement plus). Le malade se gargarise et se lave la bouche à l'eau froide ; et il peut ensuite se

retirer, vaquer à ses occupations, prendre son repas sans gêne ni douleur.

Lorsqu'on l'examine au bout de quelques jours, ou d'une semaine au plus, on est frappé de la diminution de volume considérable des amygdales. Cette diminution n'est nullement en rapport avec le volume assez restreint des portions enlevées ; et, de toute évidence, elle dépend d'une rétraction secondaire. On procède dans la seconde séance à l'ablation des parties encore saillantes qu'on fait suivre également d'une application iodique. Dans la très grande majorité des cas, deux séances suffisent pour que le résultat cherché soit obtenu. Sur 80 malades environ, enfants ou adultes (de 5 à 36 ans), que j'ai traités de cette façon depuis que j'ai définitivement réglé ma méthode, je n'ai eu que trois fois besoin de trois séances, sauf dans les cas où il s'agissait d'enfants indociles et où je n'avais pu m'occuper que d'une seule amygdale dans la même séance. Toutefois, il importe de remarquer que les enfants acceptent le morcellement avec beaucoup plus de facilité que l'ignipuncture ; et que, à l'encontre de ce qu'on observe souvent après l'emploi du feu, ils se défendent moins lors de la seconde séance qu'à la première.

Je rappellerai encore, en terminant, la règle absolue de n'opérer qu'après avoir libéré les amygdales enchatonnées de leurs adhérences aux piliers. Il serait oiseux d'insister ici sur l'importance de l'éclairage : il est évident que la nécessité de bien voir ce qu'on fait impose l'emploi du miroir frontal ou du photophore, et celui d'un abaisse-langue convenable.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 janvier. — Présidence de M. Fernet.

Sommaire : *Endocardite infectieuse.*

M. Laveran, à propos du procès-verbal de la dernière séance et du fait d'endocardite ulcéreuse rapporté par M. Huchard, cite l'observation d'un malade de 66 ans qui entra au Val-de-Grâce pour le diabète. Les urines contenaient beaucoup de sucre ; le malade était amaigri et cachectique. Quelques jours après son entrée, il fut pris d'un délire surtout nocturne, qui augmenta et s'aggrava peu à peu, et bientôt il succombait dans le coma. Il n'y avait eu aucune complication apparente, on n'avait rien noté du côté du cœur. On pensa que la mort devait être attribuée aux accidents nerveux diabétiques.

L'autopsie démontra qu'elle était due à une endocardite infectieuse. Celle-ci ne s'était révélée par aucun signe physique. Cependant il y avait sur les valvules sigmoïdes aortiques des végétations ulcérées, et l'endocarde du cœur gauche présentait une rougeur assez vive. La rate était ramollie. Le pancréas semblait normal ; cependant il s'agissait d'un cas de diabète maigre. Le foie était sain.

Quel fut le point de départ et d'origine de cette endocardite ulcéreuse ? Il n'y avait pas d'otite suppurée, comme dans le cas de M. Huchard ; aucune complication apparente ne pouvait être incriminée. Mais, en examinant l'estomac qui était très dilaté, M. Laveran trouva dans certains points des nodosités qui, à la coupe, donnèrent une légère

quantité de liquide purulent. Ce sont donc ces petits abcès des parois gastriques qui, très vraisemblablement, avaient été le point d'origine de l'endocardite infectieuse.

M. Laveran a autrefois observé des faits très analogues, du moins au point de vue pathogénique, à celui qu'a rapporté M. Huchard. Dans deux cas, une otite suppurée avait déterminé une thrombose du sinus latéral, qui, elle-même, avait été suivie d'une véritable infection purulente. Ce sont des faits aujourd'hui bien connus et, depuis l'étude qu'en avait faite Lebert, de nombreuses observations ont été publiées.

M. Fernet annonce à la Société la mort de M. Desnos. La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 janvier 1893.

Sommaire : Hypersplénie syphilitique secondaire. — Mélacrodermie. — Nourrice et nourrisson syphilitiques. — Clous de Biskra. — Anévrysme cirsoïde du genou. — L'hydrothérapie dans le lichen plan. — Dermatites exfoliantes. — Morphœa alba plana.

A propos d'une communication faite par M. Quinquaud dans la dernière séance et relative à l'hypertrophie splénique de la période secondaire de la syphilis, M. Besnier a rappelé que, depuis fort longtemps, il enseigne dans sa clinique que l'*hypersplénie secondaire de la syphilis* est au nombre des accidents les plus constants de ce qu'il appelle la syphilis viscérale précoce. Dans l'article Rate du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Besnier a étudié la question dans son ensemble, et a écrit ceci : « L'hypersplénie précoce des syphilitiques s'accompagne parfois de splénodynie assez intense, et c'est là une des formes de la pleurodynie syphilitique dont la nature syphilitique et l'origine plénique ou périsplénique sont le plus universellement méconnues, etc. »

— M. Gaucher a présenté une jeune femme de 24 ans, nerveuse et un peu anémique, atteinte d'une *mélacrodermie* à diagnostic très difficile, occupant le membre inférieur gauche et un peu la cuisse droite.

L'éruption a un aspect policyclique, et les taches, de couleur café au lait, ne font aucune saillie appréciable; le centre des plus anciennes a l'aspect d'une légère macule cicatricielle atrophique, et autour d'un certain nombre il semble y avoir un peu de décoloration. La sensibilité est intacte dans tous les points, soit au niveau des taches, soit dans leur intervalle, et tous les organes sont sains.

A son début, l'élément éruptif revêt une apparence érythémateuse et pityriasique, la pigmentation n'apparaissant qu'ensuite, et M. Gaucher se demande s'il s'agit là d'un cas de lèpre maculeuse, tout en se gardant bien de rien affirmer.

Les membres de la Société examinent la malade et le cas est sans doute fort délicat ; car, tandis que M. Besnier pense qu'il est légitime d'avoir soulevé le diagnostic de lèpre, M. Fournier croit qu'il pourrait s'agir d'un érythème tertiaire, et MM. Vidal et Du Castel penchent vers le diagnostic de lésions trophiques.

— Encore un cas lamentable de contagion syphilitique par l'allaitement. La petite fille que présente M. Feulard a été contagionnée à la lèvre par sa mère, qui a contracté elle-même un chancre du sein en nourrissant un enfant syphilitique. Cette femme a renvoyé son nourrisson en août 1892, après l'avoir gardé deux mois, et on n'a pu retrouver ni l'enfant ni les parents.

C'est par son enfant qu'a été contaminée au sein la malade que montre M. Hudelot; le bébé avait présenté un chancre de la lèvre supérieure quelque temps après l'arrivée, dans le logement habitée par la famille, d'une tante atteinte de syphilis.

— Un malade avait été reçu au Val-de-Grâce, le 25 décembre 1892, pour furonculose. M. Moty a pu reconnaître qu'il s'agissait de *clous de Biskra* multiples. Il semble, au premier abord, que l'on ait affaire à des tubercules anatomiques, mais la lésion est beaucoup moins sèche, et on peut en faire sourdre un ichor rougeâtre; la base est relativement peu indurée.

M. Moty s'est inoculé au bras gauche un peu d'une culture faite sur une galose avec le produit pathologique. Il ne croit pas au succès de cette inoculation, car il semble être réfractaire au clou de Biskra.

— L'*anévrysme cirsoïde* développé sur les membres peut entraîner l'apparition d'ulcérations rappelant l'aspect de celles du lupus. Il en est ainsi chez une malade que présente M. Sebileau. La tumeur anévrysmale occupe la partie externe et antérieure du genou, et s'étend sur la cuisse et sur la jambe. Le membre malade est lourd, chaud; les articulations du genou et du pied sont plus grosses que du côté opposé, et la jambe est allongée. Il existe des cicatrices anciennes et pigmentées à la face externe de la jambe et au pied, et, çà et là, on peut voir de petites ulcérations rosées et assez profondes. L'anévrysme est probablement congénital.

— M. Page a été guéri d'un *lichen plan* par l'hydrothérapie tiède. Il se présente lui-même à la Société et raconte que le lichen dont il était atteint empêchait tout sommeil, et qu'il était tombé dans un état de dépression morale tel qu'il songeait au suicide. Le chloral, la morphine ne parvenaient pas à ramener le calme et l'éruption n'avait été nullement modifié par le traitement arsenical.

Suivant le conseil de M. Besnier, M. Page essaya alors du traitement de M. Jacquet : deux douches tièdes par jour. Au bout d'une quinzaine de jours, les démangeaisons avaient disparu et, actuellement, M. Page continue à se traiter régulièrement, car les accidents tendent à reparaître dès qu'il manque quelques douches.

M. Jacquot fait remarquer qu'il serait possible d'éviter l'hospitalisation d'un certain nombre de malades atteints de lichen, en installant convenablement le service hydrothérapique de Saint-Louis.

M. Besnier accorde une grande importance au traitement du lichen par les douches d'eau tièdes qui, tout en n'étant pas infaillible, donne d'excellents résultats dans beaucoups de cas.

— Bazin a admis l'existence d'*herpétides exfoliatrices* malignes, survenant consécutivement à divers dermatoses, le pemphigus, l'eczéma, le psoriasis. M. Hallopeau n'admet pas cette conception ; elle est, en effet, en contradiction avec la grande loi de la permanence des espèces morbides ; alors même qu'il prend un aspect exfoliant, l'eczéma reste un eczéma, le psoriasis reste un psoriasis ; ces prétendues herpétides exfoliatrices se distinguent du pemphigus foliacé par un caractère essentiel, la sécheresse. Le pemphigus appartient au même type morbide que la maladie décrite récemment sous le nom de dermatite herpétiforme, il en constitue une forme grave, primitive ou secondaire ; l'existence de faits de passage entre les deux maladies équivaut, à cet égard, à une démonstration.

— M. Hallopeau a vu les plaques de *morphæa alba plana* atteindre des proportions très considérables, former, par exemple, une ceinture embrassant à peu près la moitié du tronc et se disposer en une sorte de collier au devant du cou. Au moment de la régression, la plaque se décolore, perd son induration et devient érythémateuse. Cette régression débute quelquefois par le centre ; mais, habituellement, elle montre de la périphérie vers le milieu. La pigmentation qui succède à l'érythème disparaît très lente-

ment, mais peut complètement s'effacer. Il se produit très facilement des ulcérations sur les plaques de morphæa et elles laissent après elles des cicatrices pigmentées indélébiles.

— La langue présente parfois des *rougeurs dépapillées* qui sont d'un diagnostic très difficile. Dans un cas où une de ces rougeurs offrait absolument l'aspect d'un groupe de plaque muqueuses, M. Morel-Lavallée pense qu'il s'agissait peut-être d'une lésion produite par l'usage prolongé de l'antipyrine. En tout cas, le malade a contracté la syphilis quelque temps après la disparition de la lésion de la langue.

— Terminons en mentionnant la communication de M. Fournier sur un cas d'herpès vacciniforme du jeune âge avec gangrène vulvaire et périvulvaire ; nos lecteurs ont vu que l'*Union* avait publié *in extenso* cette très intéressante observation.

Paul Chéron.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 janvier 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : Le chloralose. — Le bilharzia hœmatobia. — Action du bacille pyocyanique sur la levure de bière. — Un cas d'hémato-chylurie.

A-t-on enfin découvert un hypnotique dont l'usage n'entraîne pas de symptômes secondaires désagréables ?

On peut l'espérer, si les premiers résultats que MM. Ch. Richet et Hanriot ont obtenu avec le *chloralose* sont ultérieurement confirmés. On prépare ce corps en chauffant du chloral anhydre avec du glucose ; c'est un sucre cristallisable et volatil qui ne réduit pas la liqueur de Fehling et ne donne pas de chloral par l'ébullition avec la potasse. Les propriétés physiologiques de ce corps sont très curieuses. Lorsque l'on en donne à un chien, par la voie stomacale, 0,5 par kilogramme, l'animal tombe dans un profond sommeil en même temps que l'excitabilité réflexe à la succussion et au tact est énormément accrue ; la sensibilité à la douleur a disparu. Le sommeil est calme et la pression artérielle, fait important, ne varie pas.

Chez le chat, la dose toxique de chloralose est variable ; on peut dire que, d'une façon générale, elle est inférieure à 0,10 par kilogramme ; chez les oiseaux, cette dose s'abaisse à 0,06.

Les injections intra-veineuses, abaissent considérablement la pression artérielle.

MM. Richet et Hanriot ont pu prendre jusqu'à 0,75 de chloralose en cachets. M. Richet, sujet à des insomnies, les a vues céder au médicament. Au réveil, il n'y a ni vertige, ni maux de tête et il ne se produit pas de troubles gastriques.

MM. Landouzy et Moutard-Martin ont obtenu chez plusieurs malades des résultats excellents. Dans la plupart des cas, des doses de 20 et 40 cachets, quelquefois 60 cachets, ont provoqué un sommeil calme et prolongé. L'insomnie alcoolique ne peut pas être influencée par le chloralose et, d'autre part, dans l'hystérie, la neurasthénie, le médicament peut pouvoir entraîner des troubles assez graves.

La dose habituelle devra osciller entre 0,30 et 0,50 cent. et on pourra donner le chloralose pendand longtemps sans le moindre inconvénient. Il ne faut pas oublier que le médicament est fort peu soluble dans l'eau et très amer ; c'est donc en cachets qu'on l'administrera le plus facilement.

Nous pouvons nous attendre à voir le chloralose largement expérimenté, car M. Richet en a distribué à un grand nombre des membres de la Société.

— Nos lecteurs ne sont peut-être pas très familiers avec le *Bilharzia hæmatobia*, petit trématode parasite dans le sang de l'homme. Le mâle est creusé, sur la face ventrale, d'une gouttière qui loge la femelle et les œufs sont surmontés d'un éperon. M. Moty a étudié des urines bilharziennes et, du fait que l'éperon des œufs est orienté dans un sens ou dans l'autre dans les filaments fibreux qui les contiennent, il conclut que cet éperon ne joue aucun rôle dans la migration de l'embryon hors des vaisseaux sanguins. Les œufs seraient expulsés par la femelle hors du système vasculaire, probablement avec l'aide du mâle.

MM. d'Arsonval et Charrin ne se lassent pas de poursuivre leurs recherches sur la biologie microbienne. Ils ont commencé à étudier l'action de certains microbes pathogènes sur les cellules végétales, et ont pu constater que le bacille pyocyanique ajouté à de la levure de bière placée dans de l'eau sucrée maintenue à 37°, empêche la fermentation alcoolique. Lorsque l'eau sucrée est à une bonne température, ce qui annihile l'action du bacille, la fermentation se produit.

— M. Chabrié a eu l'occasion d'étudier les urines d'un *hémato-chylurique*. Chez son malade, contrairement à ce qui se produit d'ordinaire, la graisse et l'albumine variaient en sens inverse.

M. Chabrié a aussi constaté que l'urine des brightiques pouvait renfermer une minime quantité de graisse et que la ligature expérimentale du gros intestin faisait apparaître les corps gras dans l'urine. Dans un cas d'étranglement herniaire datant de 24 heures, l'urine examinée immédiatement avant l'opération contenait 0,32 de graisse par litre; après l'opération, elle n'en renfermait plus que 0,07.

— Enfin, il nous faut mentionner une intéressante présentation de M. Gley, qui a montré aux membres de la société un chien rendu diabétique par l'extirpation du pancréas, et chez lequel il s'est développé une kératite.

— Au cours de la séance, M. Darier a été nommé membre titulaire.

P. Chéron.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 janvier

Sommaire : Lait décaséiné. — L'hélianthe et le bleu de Méthylène dans la fièvre intermittente. — La médication alcaline.

L'allaitement artificiel des nouveau-nés, dans les grandes villes, est un problème des plus difficiles à résoudre. M. Saint-Yves Ménard a montré que le lait de vache, bien que présentant de nombreux inconvénients, était le seul utilisable, à condition de mélanger le produit de la traite de plusieurs animaux et d'administrer le liquide lorsqu'il est encore chaud. A Paris, il est presque impossible de réaliser ces conditions. Aussi M. Vigier conseille-t-il de *décaséiner* partiellement le lait de vache par un procédé analogue à celui que l'on emploie pour la fabrication du fromage. Lorsque la quantité de caséine restant dans le liquide se rapproche de celle contenue dans le lait de femme, on fait passer par l'étuve à 116°. A cette température, il est stérilisé et ne prend pas de mauvais goût; les enfants l'acceptent sans la moindre répugnance et le tolèrent parfaitement. M. Vigier a constaté que la caséine du lait ainsi préparé se précipitait en fins grumeaux dans l'estomac des enfants.

— M. Moncorvo a essayé, dans le traitement de la *fièvre intermittente* des enfants, l'hélianthe annuel ou grand soleil, et le bleu de méthylène.

La meilleure préparation de l'hélianthe est l'extrait alcoolique à la dose de 1 à 5 grammes dans une potion. Cette préparation est fort bien tolérée et donne à M. Moncorvo les meilleurs résultats.

M. Moncorvo a aussi employé le bleu de méthylène pur aux doses de 0,20 à 0,40 centigrammes données en quatre fois dans la journée. Il n'a pas observé de phénomènes d'intolérance; un seul de ses malades a eu un léger ténesme vésical qui a disparu au bout de peu de temps. La guérison est survenue rapidement dans beaucoup de cas.

— La cachexie alcaline n'existe pas, et il y a longtemps que l'on est revenu des préventions de Trousseau à l'égard des alcalins. M. H. Huchard montre, après Charcot et Bouchard, que l'on peut prescrire sans danger de fortes doses de bicarbonate de soude; un de ses malades a pris pendant dix mois, tous les jours, de 20 à 25 grammes de ce médicament.

Les alcalins augmentent l'excrétion de l'urée et diminuent celle de l'acide urique; ils activent les oxydations et accroissent la quantité de bile sécrétée. On ne peut les accuser de produire l'atrophie des glandes de l'estomac, car cette dernière, dans l'hyperchlorhydrie, résulte de l'excès d'acide.

Pour M. Huchard, la médication alcaline peut empêcher le développement des phénomènes du coma diabétique qui résulte d'une intoxication acide. On doit, dès qu'apparaissent les signes prémonitoires de l'empoisonnement, prescrire de très fortes doses de bicarbonate de soude, de 60 à 80 et même 100 grammes par jour. C'est le seul traitement qui permette d'enrayer l'évolution d'accidents toujours mortels une fois qu'ils sont apparus.

Enfin, on peut encore utilement prescrire les hautes doses d'alcalins dans certaines maladies du foie, dans la lithiase biliaire, et probablement dans les dermatoses de nature arthritique.

Dans la discussion qui a suivi l'intéressante communication de M. Huchard, M. E. Labbé a maintenu que l'hyperchlorhydrie est beaucoup plus rare qu'on ne le dit. Il a rappelé, et ce fait est bien connu depuis Gosselin, que le bicarbonate de soude peut activer la sécrétion du suc gastrique lorsqu'il est donné à jeun. Après le repas, il agit, au contraire, en saturant l'excès d'acide qui peut exister dans le contenu de l'estomac. Mais il ne faut pas oublier que cet excès d'acidité peut tenir, soit à la présence d'une quantité trop forte d'acide chlorhydrique, soit à celle d'acide gras résultant de troubles dans la digestion stomacale. On ne peut donc combattre toujours l'hyperacidité de la même manière. Du reste, toute thérapeutique systématique est à rejeter, et s'il est vrai que le bicarbonate de soude donne souvent d'excellents résultats dans le diabète, il ne faut pas croire pour cela qu'il convienne à tous les diabétiques.

De même que les précédents auteurs, M. Bordet tient à dire que les alcalins, bien loin de pouvoir produire une cachexie spéciale, ont des effets reconstituants sur le sang. Il insiste sur ce point que le bicarbonate est contre-indiqué lorsque le développement de grandes quantités de gaz dans l'estomac peut être nuisible. La première chose à faire, dans l'hyperchlorhydrie, c'est d'instituer un régime qui permette, selon l'expression de M. Dujardin-Beaumetz, le repos de l'organe. Les fortes doses de bicarbonate, et 30 grammes suffisent pour rendre alcalin le milieu gastrique, sont suivies d'une sécrétion sensible d'acide, d'une fatigue de l'organe. Le traitement hygiénique préventif est donc le meilleur.

REVUE DE L'HYGIENE

I. Campement des forains dans le xiiie arrondissement. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine s'est occupé, dans sa séance du 6 janvier, d'un rapport de M. Bunel, architecte en chef de la Préfecture de police, *sur l'insalubrité du cantonnement de forains et nomades sur des terrains du XIIIe arrondissement*. L'attention du pré-

fet avait été attirée sur ce point par une note du docteur Large à la commission d'hygiène de cet arrondissement, et il avait chargé M. Bunel d'aller examiner les lieux.

Ce dernier a trouvé les choses dans un état plus désastreux encore que ne le disait le docteur Large. La description qu'il en fait rappelle le beau temps de la cité des Kroumirs, du clos Macquart et de la rue Sainte-Marguerite, ces cloaques légendaires dont la municipalité a fini par purger la capitale, mais qui sont allés se reconstituer ailleurs.

Les terrains sur lesquels ces campements sont établis appartiennent presque tous à la rue du Château-des-Rentiers. On trouve là de grands espaces inoccupés sur lesquels les forains ont élu domicile. Les uns logent dans des voitures de saltimbanques enlizées dans la boue, d'autres dans des masures qui leur sont louées par les propriétaires des terrains, quelques-uns, enfin, dans des baraques qu'ils ont construites eux-mêmes avec des matériaux de démolition. Tout cela est dispersé, comme au hasard, au milieu d'une boue fétide sur laquelle les chiens, les poules et les canards vivent en bonne compagnie. Ces taudis n'ont pour cabinets d'aisances que des barriques enfoncées dans le sol, où l'on accède par des planches pourries. Ils sont dépourvus d'eau, et l'entassement y est te que, dans certaines de ces maisons, il n'y a pas 6 mètres cubes d'air par personne.

De pareils bouges sont une honte pour la ville de Paris, et le Conseil, après une courte discussion, adopte les conclusions du rapporteur. M. le secrétaire général de la Préfecture de police s'occupera des voitures de saltimbanques, qui rentrent dans ses attributions, et communiquera à la Préfecture de la Seine la partie du rapport de M. Bunel, qui a trait aux masures, pour être soumises à l'inspection de la commission des logements insalubres. M. Brousse s'est chargé d'intervenir près du Conseil municipal, dont il fait partie, pour obtenir son concours afin de faire disparaître ces cloaques qui sont une menace permanente pour la santé publique, ainsi que le Conseil l'a déjà fait, sans regarder aux sacrifices, pour les cours des miracles que nous avons citées plus haut.

II. La piscine de la place Hébert. — La municipalité vient de donner une nouvelle preuve de sa sollicitude pour l'hygiène de la ville. Dans sa séance du 5 janvier, elle a adopté les conclusions d'un rapport fait par M. Arsène Lopin au nom de la sixième commission, et qui consistent à utiliser l'eau du puits artésien de la place Hébert pour alimenter une piscine située sur cette place et qui rendra les plus grands services à la population ouvrière du quartier de La Chapelle. La dépense de cet établissement ne coûtera pas plus de 200,000 francs. (*Bulletin municipal officiel* du 6 janvier 1893.)

II. L'éclairage électrique des wagons du chemin de fer du Nord. — Les voyageurs qui ne dorment pas en chemin de fer et qui cherchent à tromper leur ennui, savent combien il est fatigant de lire à la clarté rougeâtre de la lampe fumeuse qui éclaire les wagons. A la suite de plusieurs nuits passées en voyage, on éprouve parfois des troubles de la vue qui ne sont pas dus à une autre cause. Aussi, les hygiénistes réclament-ils depuis longtemps l'éclairage électrique. Un commencement de satisfaction va leur être donné. La Compagnie des chemins de fer du Nord, après des essais prolongés sur des wagons isolés, s'est décidée à appliquer l'éclairage électrique aux voitures de son réseau.

L'éclairage de chaque wagon est réalisé au moyen d'une batterie d'accumulateurs fournissant le courant à des lampes à incandescence de 6, 8 ou 10 bougies, selon l'espèce de voiture. Les dispositions sont prises pour pouvoir instantanément substituer l'éclairage à l'huile à l'électricité, si celle-ci venait à faire défaut.

Les lampes sont du type de *30 volts*, d'une intensité lumineuse de 10 bougies pour les voitures de 1re classe, les salons et les coupés-lits, de 8 bougies pour les voitures de 2e classe et de 6 bougies pour les voitures de 3e classe, les lavabos et les water-closets. Les lampes sont supportées par un morceau de bois durci, cylindrique et creux, portant à la fois

la lampe, sa douille et son réflecteur. Cet appareil se pose dans la lanterne elle-même au lieu et place de la lampe à l'huile. (Journal *le Temps*.)

IV. Le papillome des raffineurs de pétrole. — Une nouvelle maladie professionnelle vient d'être signalée par MM. les docteurs Léon Derville et Guermonprez. Ils l'ont observée dans des raffineries de pétrole du département du Nord, Elle consiste dans des élevures verruqueuses qui se développent sur les parties découvertes et surtout sur les avant-bras, la face dorsale des mains et des doigts. On les rencontre beaucoup plus rarement sur les paupières, le nez, les jambes, le scrotum. C'est toujours au niveau d'un poil que la lésion commence, et le follicule pileux paraît être la porte d'entrée des matières irritantes.

Ces verrues grandissent autour du poil qui leur sert d'origine et qui finit par disparaître. Si l'on n'intervient pas, elles peuvent atteindre les dimensions d'un haricot. Elles sont le siège d'un prurit très désagréable qui empêche le malade de dormir.

A l'avant-bras, lorsqu'on les cautérise avec l'acide sulfurique, la cicatrisation se fait très vite ; la cicatrice est blanche, déprimée, nettement limitée. Sur le scrotum, au contraire, la cautérisation produit de mauvais effets et donne lieu à une ulcération qui s'étend en surface et ressemble aux cancers des ramoneurs.

Les papillomes ne s'observent que chez les ouvriers employés au nettoyage des appareils qui ont servi à la dernière distillation du pétrole. Ils y pénètrent très peu vêtus lorsque la température est encore très élevée et que l'atmosphère est chargée de vapeurs et de gaz irritants. Ils vident les appareils des résidus huileux de la distillation et détachent avec une pique en fer le coke qu'ils rejettent.

Cette affection, d'un diagnostic facile, est d'un caractère bénin, sauf au scrotum. MM. Guermonprez et Derville pensent cependant qu'étant données les analogies qui existent entre ces *papillomes* et *l'épilhelioma*, il n'est pas impossible que leur évolution aboutisse à un néoplasme malin, quand le terrain sur lequel ils se développent est favorable.

Le traitement prophylactique consiste dans les précautions suivantes :

1° Protéger les avant-bras des ouvriers avec un tissu imperméable, le caoutchouc, par exemple ;

2° Faire disparaître les résidus la soude caustique ou les neutraliser;

3° Exiger une propreté minutieuse (bain hebdomadaire, lavage des mains chaque fois que le travail est interrompu).

Le traitement curatif consiste dans la cautérisation, lorsque les papillomes siègent sur les membres supérieurs, et dans l'excision lorsqu'ils sont situés à la face ou au scrotum parce que la cautérisation y a donné de fâcheux résultats (*Journal des Connaissanees médicales*, numéro du 5 janvier 1893.)

COURRIER

Il est question de créer à Beaujon une consultation pour les affections du larynx C'est M. le docteur Lermoyer qui en serait chargé.

— Le conseil de la Faculté de médecine a nommé, jeudi dernier , les rapporteurs chargés d'examiner les titres des candidats à la chaire de médecine opératoire laissée vacante par suite de la retraite anticipée du professeur Verneuil, et du passage de M. le professeur Tillaux à la clinique chirurgicale de la Pitié. Ces rapporteurs sont MM. Guyon, Le Dentu, Lannelongue et Panas.

Les candidats sont MM. Terrier, Berger, Terrillon, Reclus.

— Le « Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française » se réunira, à la Rochelle, du 1er au 6 août.

Discussions : 1° Des auto-intoxications dans les maladies mentales (Rapporteurs : MM. Régis et Chevalier-Lavaure); 2° Des faux témoignages des aliénés devant la justice (Rapporteur : M. Cullerre); 3° Des Sociétés de patronage des aliénés (Rapporteur : M. Giraud).

Les adhésions et les cotisatisations (20 francs) doivent être adressées à M. H. Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond (la Rochelle).

MÉDECIN MINISTRE. — Dans le nouveau ministère, paru hier au *Journal officiel*, figure, comme ministre de l'agriculture, notre sympathique confrère le docteur Viger, député du Loiret.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — Mutations dans le corps de santé de la marine :

M. le médecin principal Ségard est désigné pour embarquer sur l'*Algésiras*, école de torpilles, à Toulon, en remplacement de M. Geoffroy, promu médecin en chef.

MM. les médecins de 1re classe Chataing (de Cherbourg), de Biran (de Rochefort) et Nicolas (de Toulon) sont désignés pour servir, en qualité de médecins-majors, au régiment de tirailleurs annamites, et prendront passage sur le *Shamrock*, partant de Toulon le 1er février prochain.

M. le médecin de 1re classe Castagné ira servir, comme médecin-major, au 6e régiment d'infanterie de marine, à Brest, aux lieu et place de M. Néis, promu médecin principal.

M. le médecin de 1re classe Daliot est appelé aux fonctions de médecin-major du 8e régiment d'infanterie de marine, à Toulon, en remplacement de M. Fortoul, placé aux bataillons de l'arme, à Paris.

M. le médecin de 1re classe Guégan est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire-archiviste du Conseil de santé, en remplacement de M. Canoville, promu médecin principal (Brest).

M. le médecin de 2e classe des colonies Le Fel rejoindra sa destination à la Guyane, par le paquebot de Saint-Nazaire du 9 février.

MM. J.-J.-C.-A. Nègre et A.-L. Noblet, élèves du service de santé, ont été reçus docteurs en médecine devant la Faculté de Bordeaux et proposés pour l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis : M. Richelot.

SUR LE TRAITEMEMT DES FIBROMES UTÉRINS PAR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Dans nos récentes polémiques sur l'hystérectomie vaginale, on a souvent parlé des fibromes utérins, mais toujours incidemment. Les indications et le manuel opératoire ont été surtout discutés à propos des suppurations pelviennes et des affections douloureuses des annexes; mais l'ablation des utérus fibromateux, les difficultés particulières qui l'entourent, la valeur comparée des deux méthodes, abdominale et vaginale, n'ont pas encore soulevé d'importante controverse.

Je ne veux pas entrer à fond dans ce débat, mais seulement prendre position, en vous donnant les résultats de ma pratique depuis deux années. J'avais déjà publié quelques observations de fibromes utérins traités par l'hystérectomie vaginale, et préconisé cette manière de faire à une époque où la plupart de mes collègues n'y pensaient guère, et n'étaient pas loin de m'accuser d'un certain parti pris (1). Mais il y avait loin de ces quelques faits épars à une méthode suivie et bien réglée. Aujourd'hui, le « morcellement » rend possibles les opérations jadis inabordables, et je n'hésite pas à me ranger au nombre de ses partisans.

Il est bien entendu que je ne vous dis rien des ablations partielles et des « énucléations »; la seule question qui m'occupe en ce moment, c'est l'extirpation totale de l'utérus, toutes les fois qu'elle est rendue nécessaire par le volume, le siège ou le nombre des tumeurs.

Je vous donnerai d'abord, avec quelques détails, un exemple choisi parmi les cas les plus graves. C'est celui d'une femme de 35 ans, opérée le 14 mai 1892, chez laquelle un de mes collègues, qui assistait à l'opération, fut un peu étonné, je crois, de me voir choisir la voie vaginale. Le fibrome atteignait l'ombilic, et on sentait vers la gauche, au-dessus du pubis, une tumeur simplement rénitente qui paraissait être le corps de l'utérus dévié. Au toucher, une masse énorme remplissait le cul-de-sac de Douglas; c'était le fibrome occupant la paroi postérieure de l'utérus et se prolongeant dans le segment inférieur. Le col était presque effacé et repoussé derrière le

(1) *Société de chirurgie*, 24 mai 1888; *Union médicale*, 19 février et 2 juin 1888.

pubis. Certes, on pouvait hésiter, et choisir la laparotomie; c'est la saillie vaginale de la tumeur et la mobilité assez grande de toute la masse qui fixèrent ma ligne de conduite.

Je pus saisir le col, l'attirer un peu, le dégager comme à l'ordinaire et placer sans trop de peine les deux premières pinces longuettes sur les artères utérines; puis, par une incision transversale, je divisai le segment inférieur en deux valves, j'abattis d'un coup de ciseaux la valve postérieure et je maintins solidement l'antérieure avec une pince à traction. J'avais devant moi, au fond de la plaie, la surface arrondie de la grosse tumeur encore voilée par une couche de tissu utérin. Avec la pince-érigne et les ciseaux, j'arrivai bientôt sur le tissu blanc du fibrome. Alors commença un morcellement très long, très patient, difficile sans doute, puisqu'il s'agissait de faire descendre par petits fragments une tumeur qui affleurait l'ombilic, mais aussi plein de sécurité, car le péritoine, à ce moment, n'était pas ouvert. Après avoir tout extrait, j'attaquai l'utérus lui-même, devenu flasque et complaisant; je le traitai facilement à droite, mais je fus gêné à gauche par une grosse masse qui ne voulait pas descendre — celle qu'on trouvait rénitente au palper abdominal — et qui n'était autre que la région de la corne utérine très augmentée de volume. Son tissu était mollasse, dissocié et comme caverneux par la présence de tumeurs fibreuses multiples, grosses comme des pois, quelques-unes comme des noisettes. Cette partie elle-même fut morcelée, et l'opération terminée au bout d'une heure quarante-cinq minutes.

Le poids total de la masse atteignait 1,300 grammes; c'est la plus grosse tumeur que j'aie enlevée par cette voie. Et ce qu'il y eut de merveilleux, ce fut l'apyrexie parfaite, le calme absolu, la guérison facile qui suivirent ces manœuvres prolongées.

Maintenant, je vous citerai un revers, le seul que j'aie eu sur 25 cas de fibromes. Vous verrez qu'il porte avec lui son enseignement et ne compromet en rien la méthode. Je le dois à une circonstance bien malheureuse, à une fausse manœuvre. Voici l'histoire : Femme de 62 ans, de robuste constitution, malade depuis vingt années, vue autrefois par Nélaton, qui avait diagnostiqué une rétroversion utérine. Pendant quinze ans, elle a eu des métrorrhagies fréquentes, excessives, comme les femmes savent en avoir au grand ébahissement de leurs médecins. Depuis plusieurs années, aux pertes, qui n'ont pas totalement disparu, s'ajoutent des douleurs qui vont toujours grandissant et deviennent insupportables. Je passe les détails; médecins et chirurgiens des deux mondes ont été consultés, charlatans mis à l'épreuve, tous les moyens employés sans résultat, y compris l'électricité, qui a fait du mal. L'état général n'est pas trop mauvais, bien que le teint soit jaune; il y a encore un certain embonpoint, l'urine est bonne. A l'examen, fait en novembre 1891, je trouve un col porté en avant derrière le pubis, et le cul-de-sac de Douglas occupé par une tumeur qui semble grosse comme les deux poings, alourdit le corps de l'utérus, le renverse en arrière et aplatit le rectum. Le fibrome est enclavé dans le petit bassin et se laisse à peine soulever par le doigt. Le cas est grave, sans doute, la tumeur volumineuse, la femme âgée, affaiblie; mais l'existence est tellement misérable que je n'hésite psa à proposer, dès le premier jour, une opération radicale.

L'ablation des ovaires, à cet âge, n'est pas en cause; l'hystérectomie abdominale est impossible, et une laparotomie aurait toute chance de rester purement exploratrice. Il s'agit donc d'une extirpation de l'utérus par la voie vaginale.

La malade, très effrayée, reste plusieurs mois sans me donner de ses nouvelles. Mais les douleurs vont en augmentant, les forces diminuent, et elle arrive bientôt à un tel degré de souffrance et de désespoir, que, malgré sa terreur extrême et bien des avis contradictoires, elle finit par se remettre entre mes mains. Opération le 11 avril 1892 : l'utérus ne descend pas du tout; morcellement du segment inférieur, ouverture du péritoine en avant. Le corps utérin se dérobe et tend à remonter sans cesse au lieu de venir sous mes tractions, si bien qu'à un moment je l'abandonne et le perds de vue, pour saisir avec une pince-érigne le fibrome arrondi qui plonge en arrière et dont j'aperçois la surface blanche. Je le maintiens doucement, je l'explore avec le doigt, je constate que son volume l'empêche de faire un pas vers moi, et j'entreprends d'en enlever peu à peu de petits fragments avec la pince-érigne et un long bistouri, de l'évider au centre, de l'attaquer à droite, puis à gauche; bientôt je commence à trouver de meilleures prises; enfin l'énucléation s'achève, et le dernier morceau entraîne avec lui le fond de l'utérus qui tient par ses cornes et que j'enlève sans difficulté.

L'opération a duré deux heures, mais elle a été d'une régularité parfaite; la perte de sang est insignifiante, l'hémostase complète; on a versé sur la compresse 90 grammes de chloroforme; le pouls est excellent quand la malade est remise dans son lit, et le réveil se fait naturellement.

Le lendemain, en voyant la température à 37°2 et la malade aussi calme, aussi rassurée qu'elle était agitée et tremblante avant l'opération, j'étais bien près de chanter victoire, et je m'applaudissais d'avoir pris une aussi lourde responsabilité. Au bout de quarante-huit heures, les pinces furent enlevées comme à l'ordinaire, et tout se passa bien. Il y avait eu quelques vomissements les deux premiers jours; le soir du troisième, quelques nausées persistaient, mais le pouls était calme et plein, la langue humide, le ventre plat, insensible. C'est ici que je fus mal inspiré, en voulant trop bien faire : en présence des nausées, qui n'avaient rien que de naturel, je pensai à l'iodoforme et j'eus peur que, chez une femme de 62 ans, il n'y eût un peu d'intoxication, de troubles nerveux, de gêne dans l'alimentation; il fut donc convenu que, dès le quatrième jour, j'enlèverais les tampons. Plusieurs fois j'ai fait ou prescrit cet enlèvement avant le terme habituel, qui est pour moi de six jours au minimum, et plus souvent de huit jours; jamais je n'ai observé d'accidents, mais quelquefois une douleur vive à la première injection. C'est assez pour ne rien hâter sans motifs sérieux, mais j'avoue que je n'aurais jamais cru à un danger véritable, et je reste persuadé qu'il n'y en a pas en général, car le péritoine est très vite protégé par de solides adhérences. Que s'est-il donc passé? Est-ce que l'adhésion, à cause de l'âge ou pour tout autre motif, était plus faible qu'à l'ordinaire? Toujours est-il que l'ablation du dernier tampon s'est accompagnée d'une douleur vive, et que cette douleur a redoublé quand j'ai fait l'injection. N'ayant pas prévu les événements, j'ai mal observé et je ne puis dire si une minime partie du liquide est restée dans le ventre, mais j'en

suis convaincu. A partir de ce moment, la douleur, l'agitation, le pouls et le facies profondément altérés ne me laissèrent plus aucun doute sur la terminaison fatale, qui survint à la fin du cinquième jour. Inutile d'insister : je tenais le succès, et mon opérée serait vivante si je n'y avais pas touché.

Les deux faits que je viens de raconter vous donnent une idée suffisante des difficultés avec lesquelles le chirurgien se trouve aux prises. Il ne me déplaisait pas de mettre en évidence le cas malheureux, parce qu'il est seul, comme je vous l'ai dit, sur un total de 25 observations, et parce que l'échec n'a pas sa cause dans l'opération elle-même.

Parmi les 24 guérisons, nous trouvons encore des tumeurs volumineuses, des morcellements difficiles, des opérations qui durent une heure un quart, une heure et demie. Il faut de la conviction et de la patience pour mener à bien l'entreprise; il y a des utérus friables qui donnent de mauvaises prises et restent longtemps immobiles, des tumeurs qui remontent, se dérobent, si bien qu'à certains moments l'opérateur piétine sur place ou même n'ose plus bouger; puis une pince-érigne bien placée, un coup de bistouri donné à propos viennent éclaircir la situation, et peu à peu les fragments se détachent, des fibromes entiers s'énucléent, la masse se mobilise. Et quelle que soit la durée, si pénibles que soient les efforts, aucune offense pour le péritoine, aucun agent d'infection, aucun risque pour l'intestin. Aussi la facilité de la guérison fait-elle toujours un heureux contraste avec la gravité apparente des manœuvres. Après une opération de deux heures, la malade est sans fièvre et n'a pas plus d'accidents qu'après la plus simple des laparotomies. J'ajoute qu'elles sont entièrement débarrassées de leurs maux, marchent et travaillent, et que la fameuse question des « suites éloignées » n'existe pas pour elles.

En terminant, je ne voudrais pas vous laisser croire que je veuille tout faire passer par la voie vaginale. Entre les fibromes justiciables de cette méthode et ceux que nous devons attaquer par l'ouverture de l'abdomen, la limite n'est pas facile à tracer. Tel chirurgien attribue à l'hystérectomie vaginale toutes les tumeurs qui ne dépassent pas l'ombilic; mais c'est là un critérium insuffisant. L'indication ne ressort pas uniquement du volume, mais aussi du siège de la tumeur et de son degré de mobilité. A volume égal, les unes bourrent le segment inférieur et s'enclavent dans le petit bassin, ou font basculer la matrice en arrière et saillir le cul-de-sac de Douglas; les autres se développent tout entières au-dessus du détroit supérieur et semblent soulever l'utérus. Aux premières la voie vaginale, aux secondes la laparotomie.

Il est vrai qu'à plusieurs d'entre nous l'hystérectomie abdominale inspire encore une véritable terreur; tout au moins la considèrent-ils comme infiniment plus dangereuse que la plupart des autres laparotomies. J'avoue que je reviens de plus en plus de cette opinion trop sévère, et que, fort des derniers perfectionnements du manuel opératoire, je pratique aujourd'hui avec pleine confiance l'ablation sus-pubienne de l'utérus fibromateux. Je le démontrerai bientôt par une série nouvelle d'opérations très heureuses.

Je ne suis donc pas tenté d'exagérer outre mesure l'importance de l'hystérectomie vaginale; je crois qu'on peut faire par la voie abdominale des opérations tout aussi bonnes, et cela dans des conditions difficiles à définir autrement que par notre sens clinique. Mais je ne puis faire en ce moment

une étude comparée des deux méthodes, et il me suffit de vous avoir montré par des faits et des chiffres probants la grande valeur de l'une d'elles appliquée au traitement des fibromes utérins.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1893. — Présidence de M. Laboulbène

Sommaire : Ischio-pubiotomie. — Nature et traitement de l'éclampsie. —Symphyséotomie chez l'homme.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal, M. Charpentier fait connaître que l'ischio-pubiotomie qu'a décrite M. Pinard, dans la dernière séance, n'est pas une opération nouvelle. Stoltz l'a décrite sous le nom de pubiotomie. Il n'y a que deux différences entre le procédé de Stoltz et celui de M. Pinard. Tandis que Stoltz employait la méthode sous-cutanée pour passer son aiguille et sa chaîne, M. Pinard fend tous les tissus au-devant du pubis, ce qui peut faciliter le passage de la scie à chaîne, mais exige la suture immédiate de ces tissus. La seconde, c'est que, au lieu de sectionner les os près de la symphyse, M. Pinard les sectionne, sur le conseil de M. Farabeuf, à 5 centimètres de cette symphyse.

M. Charpentier ne pense pas que ces différences soient suffisantes pour déposséder le doyen de l'obstétrique française du mérite de son intervention.

M. Charpentier lit un mémoire important sur *les divers traitements de l'éclampsie et, en particulier, l'intervention obstétricale*. Dès 1872, dans sa thèse d'agrégation, M. Charpentier s'était occupé de ce sujet. Il était arrivé à cette conviction que, en dehors du traitement obstétrical, deux grandes méthodes dominaient alors toute la thérapeutique appliquée à l'éclampsie :

1° La méthode antiphlogistique donnant 35 p. 100 de mortalité en moyenne;

2° La méthode anesthésique, comprenant deux grands agents : le chloroforme et le chloral, et donnant de 11 à 50 p. 100 de mortalité. Il se prononçait en faveur du chloral et rejetait nettement la provocation de l'accouchement.

Au moment de la publication de la première édition de son *Traité d'accouchements*, en 1883, M. Charpentier insistait sur deux grandes conquêtes de la thérapeutique : l'antisepsie, la généralisation de l'emploi du chloral.

Actuellement, en France, le chloral est le traitement classique de l'éclampsie.

Beaucoup d'auteurs pensent qu'il est utile, pour mettre fin aux attaques convulsives, de provoquer l'accouchement ou même de faire l'accouchement forcé. M. Charpentier rejette absolument ce dernier et, pour lui, l'accouchement provoqué doit être réservé pour des cas absolument exceptionnels.

Voici les raisons théoriques sur lesquelles se base M. Charpentier pour soutenir son opinion :

L'éclampsie, dans l'immense majorité des cas, se déclare dans les quelques jours qui précèdent le travail. Lorsque l'éclampsie se déclare avec le travail, celui-ci marche, en général, très rapidement. Les convulsions sont le symptôme d'une auto-intoxication que l'évacuation de l'utérus ne fait pas et ne peut pas faire disparaître subitement. Enfin, il y a, entre l'albuminurie et l'éclampsie, des relations de cause à effet, relations telles que

les cas d'éclampsie sans albuminurie sont, en réalité, exceptionnels et que la gravité de l'éclampsie est, en général, proportionnelle à l'intensité de l'albuminurie; ce qui fait, en réalité, la gravité de l'éclampsie, c'est la gravité de l'albuminurie gravidique.

Or, si l'évacuation de l'utérus améliore souvent l'albuminurie, elle ne la fait pas et ne peut la faire disparaître brusquement, puisque celle-ci n'est que la manifestation d'une lésion rénale, et que cette lésion rénale persiste encore un certain temps après l'accouchement.

Dans un bon nombre de cas, les accès éclamptiques continuent après et malgré l'accouchement, ou même ne se produisent et n'éclatent qu'après la délivrance.

La provocation de l'accouchement exige toujours un certain temps. Or, l'éclampsie est une maladie suraiguë, à marche extrêmement rapide, et le temps nécessaire pour que le travail se déclare et amène la terminaison spontanée de l'accouchement, ou soit tout au moins assez avancé pour que l'intervention devienne inoffensive, dépasse souvent de beaucoup la durée de la maladie.

Toute excitation portée sur la matrice ou sur son voisinage suffit souvent pour ramener les convulsions; il en sera de même pour les procédés employés dans le but de provoquer le travail.

L'enfant succombe souvent dès les premiers accès éclamptiques. Fréquemment, dans ce cas, l'accouchement ne se fait qu'au bout de sept ou huit jours. Il est de règle, alors, que les accès éclamptiques ne se reproduisent pas au moment du travail, et les femmes accouchent spontanément, sans nouvelles convulsions.

Dans ces cas, la grossesse se trouve interrompue de fait par la mort de l'enfant, et c'est l'interruption de la grossesse et non l'évacuation utérine, qui amène la cessation de l'éclampsie.

Même chez la femme bien portante, une intervention opératoire, si minime qu'elle soit, aggrave le pronostic de l'accouchement. A plus forte raison, en sera-t-il ainsi chez les femmes éclamptiques?

Dans les cas où le travail se déclare spontanément, il marche, en général, avec une rapidité telle que toute intervention devient inutile, et, dans les cas où l'on hâte la terminaison par une application de forceps ou une extraction, c'est au moins autant dans l'intérêt de l'enfant que dans celui de la mère.

L'accouchement forcé est devenu moins dangereux depuis l'antisepsie, mais il offre encore de grands dangers; c'est une ressource suprême. Il en est de même pour l'opération césarienne.

Le chloral employé à haute dose a donné un chiffre de mortalité très inférieur à toutes les autres méthodes de traitement. C'est à lui que l'on doit avoir recours, la provocation de l'accouchement ne devant être tentée que dans des cas très rares où la médication chloralique ne donne pas ses résultats habituels.

Ces raisons sont considérées comme nulles et non avenues en Allemagne, puisque Duhrssen va non seulement jusqu'à proposer comme méthode de traitement l'accouchement forcé, mais veut même qu'on le pratique dès le premier accès d'éclampsie.

M. Charpentier, suivant pas à pas le travail de Duhrssen qui résume les idées allemandes, réfute les raisons qu'il donne pour fortifier sa méthode et montre qu'elle est fort dangereuse. L'opération dite de Duhrssen est un accouchement forcé sanglant, puisqu'elle consiste essentiellement à faire, à l'aide de forts ciseaux, sur la partie supra-vaginale du col, une fois qu'elle est dilatée (ce qui ne se produit pas chez les multipares à la fin de la grossesse), des incisions multiples comprenant toute l'épaisseur du tissu utérin. Si les malades de l'accoucheur allemand ont guéri, ce n'est pas grâce, c'est malgré l'intervention et parce que l'antisepsie, aujourd'hui, autorise presque toutes les

témérités opératoires. Ce procédé brutal est loin d'être aussi inoffensif que l'on veut bien le dire.

Dans la dernière partie de son travail, M. Charpentier étudie les raisons, basées sur la statistique, qui lui font défendre son opinion.

Les observations de Duhrssen sont au nombre de 200 et M. Charpentier, en en ajoutant une certaine quantité d'autres, arrive à un chiffre total de 454 cas d'éclampsie, tous observés dans les cliniques allemandes, sauf 3 cas de Haultain.

La mortalité générale est de 24,88 0/0.

Pour Duhrssen, toutes les fois que l'éclampsie éclate avant la 28e semaine de la grossesse, l'enfant est perdu ; on n'a donc plus qu'à s'occuper de la mère et, par conséquent, il faut supprimer la grossesse et évacuer l'utérus le plus tôt possible.

Toujours pour le même auteur, lorsque l'éclampsie éclate du 8e au 10e mois de la grossesse, elle entraîne pour la mère une augmentation de mortalité : 26 0/0 au lieu de 21 0/0 ; il faut donc produire artificiellement la dilatation complète du col et évacuer ensuite rapidement l'utérus. Et Duhrssen ajoute que sa statistique fournit la preuve que l'évacuation de l'utérus fait cesser l'éclampsie.

M. Charpentier, en examinant les chiffres de l'auteur allemand, en tire des conclusions opposées et maintient que le nombre des cas où les accès ont continué l'emporte sur ceux dans lesquels ils ont été supprimés.

Pour M. Charpentier, la mortalité est plus grande après l'accouchement artificiel qu'après l'accouchement spontané et cette conclusion est celle à laquelle arrivent tous les auteurs.

Par accouchement	spontané :	Mortalité	113,90 0/0.
—	artificiel :	—	29,10 0/0.
—	forcé :	—	40,74 0/0.
Par opération césarienne :		—	36,36 0/0.

Le travail spontané donne une mortalité de 18,96 0/0.

—	hâté	—	—	de 26,66 0/0.
—	provoqué	—	—	de 32,38 0/0.
—	forcé	—	—	de 40,74 0/0.

Le travail hâté est celui dans lequel, le travail marchant lentement, on essaye de donner aux contractions plus de force et de régularité. A l'aide de douches chaudes ou d'excitants appliqués à la matrice, ou à l'aide de la perforation des membranes. Dans le travail provoqué, on a fait débuter le travail par les procédés cliniques. Enfin, dans le travail forcé, on a employé les procédés de force.

Sous le nom d'accouchement artificiel, M. Charpentier a réuni tous les cas dans lesquels il y a eu un mode d'intervention quelconque : la mortalité est alors de 32,04 0/0.

D'après tous ces chiffres, M. Charpentier admet que l'accouchement spontané est celui qui donne les résultats les plus avantageux au point de vue maternel; donc, il faut attendre cet accouchement spontané en se bornant au traitement médical.

Si le travail déclaré spontanément ne marche pas bien, si l'enfant est vivant et que le traitement médical ne donne pas de résultats bien nets au point de vue de la cessation des accès, il y a intérêt à hâter la terminaison de l'accouchement. L'accouchement provoqué doit être réservé pour des cas absolument exceptionnels; enfin, l'accouchement forcé doit être rejeté surtout si l'on emploie la méthode sanglante.

En cas d'exigence absolue on devra avoir recours à la dilatation manuelle de Haultain.

La méthode antiphlogistique semble, après avoir été délaissée, reconquérir quelques adeptes. On ne peut actuellement poser à son sujet de conclusions fermes, mais

M. Charpentier pense que la saignée associée à la méthode antiseptique peut rendre d'éminents services.

Dans la méthode anesthésique, deux agents sont à considérer : le chloroforme et le chloral.

Les auteurs allemands regardent le chloroforme, employé d'une façon prolongée chez les éclamptiques, comme particulièrement dangereux; M. Charpentier discute les observations de Duhrssen, et, sans vouloir dire que l'on peut sans danger continuer indéfiniment la narcose chez les éclamptiques, il ne croit pas que les lésions du cœur soient aussi à redouter qu'on l'a prétendu.

En tout cas, ce qu'on dit du chloroforme ne s'applique pas au chloral, et les effets bienfaisants de ce médicament l'emportent de beaucoup sur ses dangers; de plus, il peut être employé longtemps et à forte dose, sans que ces dangers se manifestent.

Voici comment M. Charpentier administre le chloral. Il fait, d'emblée, donner à la malade un lavement avec 4 grammes de chloral dans 60 grammes de mucilage de coing. Si ce premier lavement est rendu, on en administre un second, et au besoin un troisième, jusqu'à ce que le médicament soit toléré. Que les accès continuent ou cessent, tout traitement est supprimé pendant 5 à 6 heures, et alors on administre à nouveau un lavement avec 4 grammes de chloral. Nouvelle interruption de 5 à 6 heures. Nouveau lavement de 4 grammes. On a rarement occasion de dépasser ces doses; cependant, dans un cas, M. Charpentier a été jusqu'à 16 grammes. Dans les vingt-quatre heures, on peut même aller beaucoup plus loin.

Si les accès s'éloignent, M. Charpentier éloigne les médicaments; s'ils persistent, il rapproche un peu les doses. Jamais M. Charpentier ne cesse brusquement la médication chloralique ; et même lorsque la malade est en voie de guérison, il fait prendre encore 4 grammes de chloral en lavement, au bout des 24 premières heures qui suivent la cessation des accès. Après ce temps, il fait donner, toutes les 2 ou 3 heures, une cuillerée à bouche d'une potion composée de 3 grammes de chloral pour 125 grammes de julep gommeux.

En même temps, la malade doit prendre le plus de lait possible.

Le plus ordinairement, le travail se déclare spontanément. Si les contractions sont énergiques, M. Charpentier laisse l'accouchement se terminer seul; si le travail traîne, il attend que la tête repose sur le périnée et termine par une application de forceps.

Si l'enfant se présente par le siège, M. Charpentier fait l'extraction aussitôt qu'il peut intervenir sans danger pour la mère, et c'est du reste dans l'intérêt de cette dernière qu'il agit.

Du reste, 3, 6, 12 p. 100 des enfants de femmes éclamptiques meurent avant et pendant l'accouchement.

M. Charpentier résume sa communication dans les conclusions suivantes :

1° Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie, et contre l'albuminurie gravidique en particulier, on doit conserver avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et, si on y constate la présence de l'albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie;

2° Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très sanguine, par une saignée de 4 à 500 grammes ; puis administrer la médication chloralique, en suivant les préceptes que nous avons donnés, et faire prendre du lait aussitôt que cela sera possible;

3° Si la femme est plus délicate, si les phénomènes de cyanose sont peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique ;

4° Attendre que le travail se déclare spontanément, et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela est possible ;

5° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles, terminer l'accouchement par une application de forceps ou une version, si l'enfant est vivant, et par une céphalotripsie, une basiotripsie, une crâniodone, si l'enfant est mort ;

6° Attendre, pour intervenir ainsi, que l'état des parties malades soit tel (dilatation complète ou dilatabilité du col) que l'on puisse le faire impunément, c'est-à-dire sans violence, et, par suite, saas danger pour la mère ;

7° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels où le traitement médical aura échoué complètement ;

8° Rejeter absolument l'opération césarienne et l'accouchement forcé, surtout l'accouchement forcé par les incisions profondes du col, c'est-à-dire la méthode sanglante.

— M. Guéniot n'a que peu de confiance dans les statistiques qui confondent forcément des faits très différents les uns des autres. L'éclampsie n'est pas toujours identique à elle-même, car elle est constituée par deux éléments qui s'associent en des proportions dissemblables suivant les cas : une toxémie, une hyperexcitabilité des réflexes médullaires. Tantôt, c'est la toxémie qui domine ; tantôt c'est l'exagération des réflexes. Dans les cas où l'accouchement, qu'il soit naturel ou non, met fin aux crises convulsives, c'est que la toxémie n'avait que peu d'importance ; au contraire, si le traitement médical rationnel, si l'accouchement artificiel ne font pas cesser les accidents, il s'agit surtout d'une intoxication.

Malheureusement, un cas d'éclampsie étant donné, il est impossible de dire d'une façon certaine s'il s'agit d'une hypertoxémie ou si l'hyperexcitabilité médullaire est surtout en cause ; on ne peut qu'avoir des présomptions.

Nous sommes presque désarmés en présence d'une éclampsie hypertoxémique ; la saignée diminue bien la masse du sang, et, par conséquent, la quantité du poison, mais il est douteux qu'elle suffise à guérir les malades.

Au contraire, lorsqu'il s'agit surtout d'une exagération des réflexes, le chloral et le chloroforme sont d'excellents médicaments.

Il faut bien savoir cependant que, lorsque l'on est parvenu à faire cesser les attaques, la femme n'est pas guérie pour cela, et qu'elle peut être tuée, sans crises nouvelles, par l'empoisonnement du sang.

La chloroformisation est très utile lorsque l'on maintient la malade sous l'influence de l'anesthésique pendant six, huit heures de suite, Il faut alors que le médecin ne quitte pas la patiente, reste pour ainsi dire aux aguets près d'elle, afin de maintenir constamment le sommeil. En effet, on ne doit jamais laisser la femme se réveiller ou commencer de nouveaux accès. Lorsque la chloroformisation a été ainsi très prolongée, on peut espérer la guérison. L'administration du chloral doit être dirigée de la même manière afin que la patiente reste toujours sous l'influence du médicament.

Il est très important d'éviter tout ce qui peut exciter les réflexes ; l'accouchement forcé est donc une mauvaise pratique, et la malade devra être maintenue dans une demi-obscurité ; on évitera de faire du bruit autour d'elle, de lui parler. Cependant il est indiqué d'évacuer la matrice lorsqu'on peut le faire par un accouchement facile.

M. Tarnier partage les idées de M. Charpentier, mais il considère qu'il est nécessaire d'insister sur l'immense valeur préventive du régime lacté *absolu*. Quel que soit le traitement employé, l'éclampsie est toujours une maladie fort grave ; or, on peut l'empê-

cher presque sûrement de se développer en instituant le régime lacté *intégral* dès que la femme enceinte présente de l'albuminurie et en continuant ce régime au moins pendant huit jours. Il faut que tous les médecins, toutes les sages-femmes connaissent l'importance extrême du régime lacté, et sachent que les malades ne doivent absolument rien prendre en dehors du lait,

M. Guéniot a dit que l'éclampsie présentait deux variétés qu'il était à peu près impossible de distinguer l'une de l'autre. D'après des recherches qu'il a poursuivies avec M. Chambrelent, M. Tarnier croit cette distinction possible. Le sérum du sang des éclamptiques a une toxicité variable que l'on peut apprécier en l'injectant à des lapins. Un physiologiste italien, Rummo, a montré que le sérum de l'homme sain était toxique pour le lapin; cette toxicité augmente beaucoup dans les cas d'éclampsie, et 1 kilogramme d'animal peut être tué par 8, 7, 5 et même 3 grammes de sérum. Or, on peut dire que plus la toxicité du sérum est grande, plus le cas est grave.

En fait, la toxémie existe toujours dans l'éclampsie; mais, d'une part, les malades réagissent différemment suivant les cas, et, d'autre part, l'intensité de cette toxémie est variable.

Il est possible qu'il y ait éclampsie sans albuminurie, cependant M. Tarnier pense que, dans la plupart des cas où on a constaté l'absence de l'albuminurie, elle n'a pas été trouvée parce qu'elle a été mal cherché ou que l'on s'est servi de réactifs trop peu sensibles ou infidèles.

M. Tarnier traite ses éclamptiques de la manière suivante : Il fait d'abord une saignée et dilue ensuite le sang en introduisant du lait dans l'estomac par la sonde œsophagienne. Le chloroforme, donné comme le conseille M. Guéniot, est fort utile, le chloral est aussi un bon médicament.

M. Tarnier tient à le répéter en terminant, l'éclampsie est une maladie très grave, et il faut, avant tout, s'attacher à la prévenir.

— Pour M. Robin, si, dans certains cas d'éclampsie, on ne trouve pas d'albumine dans l'urine, cela tient souvent au moment de la journée que l'on choisit pour faire la recherche. En effet, l'albumine n'existe souvent que dans l'urine émise deux ou trois heures après les deux principaux repas. Si alors on examine le mélange de l'urine des vingt-quatre heures, la petite quantité d'albumine qui s'y trouve est trop diluée pour être facilement décelable.

M. Albarran lit une note sur un cas de *symphyséotomie chez l'homme*. M Albarran a eu l'occasion de faire une symphyséotomie chez l'homme ; elle constituait le temps préliminaire d'une large résection de la vessie nécessité par un épithélioma de cet organe.

Le malade, âgé de trente et un ans, fut adressé à M. Guyon en août 1890. Il se plaignait déjà, depuis trois ans, de cystite intense et d'hématuries qui avaient fait penser à M. Rigal qu'il pouvait être atteint de tuberculose urinaire. L'examen cystoscopique permit de diagnostiquer un néoplasme papillaire pédiculé, implanté en dehors de l'uretère gauche et qui fut extirpé par M. Guyon à l'aide de la taille hypogostique. A l'examen histologique, on reconnut qu'il s'agissait d'un épithélioma papillaire pavimenteux.

Un an après cette opération, le malade revint consulter pour une hématurie, et l'examen cystoscopique permit de constater l'existence d'une petite tumeur siégeant sur le côté gauche de la vessie, entre le col et l'uretère correspondant. Le malade ne se décida à une seconde intervention que longtemps après, lorsque la fréquence et l'abondance des hematuries l'eurent effrayé. C'était en septembre 1892 et, en ce moment, M. Albarran remplaçait M. Guyon.

A un nouvel examen, on reconnut qu'en avant la masse néoplasique touchait presque le col et qu'en arrière elle cachait l'orifice utérale; en dedans, le néoplasme atteignait

le bord du trigone et paraissait s'étendre en dehors sur une surface de 3 à 4 centimètres. L'aspect était celui de l'épithélioma sénile. Pour s'ouvrir une voie large et afin de pouvoir parer à toutes les éventualités, M. Albarran pratiqua la symphyséotomie en suivant le plan opératoire qu'il avait établi d'après des expériences sur le cadavre. L'opération fut faite le 6 septembre 1892. La vessie étant bien lavée, M. Albarran retira la sonde en laissant dans le réservoir urinaire 100 grammes de la solution de sublimé et introduisit dans le rectum un ballon de Petersen.

L'incision longitudinale commença à trois travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse et se termina sur le pubis à 1 centimètre en deçà de sa racine; sur l'extrémité inférieure de cette incision, M. Albarran en fit deux autres petites de 1 centimètre, représentant les branches d'un Y, dans le but d'éviter la déchirure de la peau lorsque la symphyse serait écartée. Ayant sectionné le tissu fibreux de l'ancienne cicatrice jusqu'à l'aponévrose et toutes les parties molles aa devant du pubis, M. Albarran sépara soigneusement le pénis jusqu'à ce qu'il pût bien sortir avec son doigt le bord supérieur de la symphyse. Il sectionna alors, comme à l'ordinaire, la paroi abdominale et dégagea la paroi antérieure de la vessie sans que la cicatrice de l'ancienne taille le gênât en rien; l'index de la main gauche étant placé derrière le pubis jusqu'à ce que le bord inférieur fût bien senti, le chirurgien glissa sur lui un écarteur à courte branche qui se trouva placé entre la symphyse et la vessie, protégeant cet organe.

Il sectionna alors, avec un fort bistouri, de haut en bas et d'avant en arrière, le fibro-cartilage de l'articulation; mais il ne lui fut possible de terminer la section qu'à l'aide du ciseau et du marteau. Les cuisses du malade furent, à ce moment, placées dans la flexion, et on commença à les écarter graduellement pendant que le bistouri sectionnait les quelques brides fibreuses qui résistaient. On obtint ainsi très facilement un écartement de 42 millimètres entre les deux pubis, et toute la face antérieure de la vessie se trouva découverte, ce qui permit de faire facilement la résection de l'organe. Il y avait deux tumeurs, et M. Albarran enleva un segment trapézoïdal de la vessie ayant 6 centimètres de longueur et 4 centimètres de largeur, le plus grand côté du trapèze correspondant à l'incision primitive de la vessie, son petit côté affleurant le trigone et son bord antérieur se trouvant à 1 centimètre du col.

Un double plan de suture fut établi et on plaça dans le réservoir urinaire une sonde de de Pezzer. Une fois la vessie fermée, les cuisses du malade furent étendues et placées dans l'adduction, ce qui permit aux deux moitiés du pubis de se rapprocher. A ce moment survint une petite hémorrhagie due au plexus de Santorini; elle fut facilement arrêtée par une mèche de gaze iodoformée placée entre le pubis et la vessie. Une autre lanière de la même gaze fut placée en avant du pubis et la plaie abdominale fut suturée en laissant toutefois deux orifices pour le passage des deux lanières de gaze. Bandage de corps et gouttière de Bonnet.

Les suites opératoires furent d'abord très simples, mais huit jours après l'opération le pansement fut un peu mouillé par de l'urine, et comme la sonde à demeure ne fonctionnait pas très bien, on dut la remplacer par une sonde de Nélaton. En faisant des lavages vésicaux, on vit le liquide revenir en faible quantité par l'espace qui avait donné passage à la mèche prébubienne. La gouttière de Bonnet fut supprimée le dix-septième jour, et, à ce moment, la vessie paraissait parfaitement fermée; mais, six jours plus tard, la sonde à demeure s'étant bouchée, l'urine mouilla de nouveau le pansement. La petite fistule ne se ferma complètement qu'un mois et demi après l'opération. Actuellement, il ne reste qu'une petite cicatrice déprimée et on peut espérer une guérison radicale, car la couche musculaire n'était pas envahie.

Chez la femme, la symphyséotomie est une opération simple; mais, chez l'homme,

elle est plus difficile au point de vue opératoire et ne constitue que le premier temps d'une intervention sérieuse. Elle seule permet de pratiquer avec aisance les résections de la vessie comprenant toute l'épaisseur de la paroi dans la partie du réservoir qui est masquée par l'auvent pubien. Comme elle complique beaucoup l'acte opératoire et retarde la guérison, il faut la réserver au cas où la résection large de la partie rétro-pubienne de la vessie est indiquée par les conditions générales du malade et une précision absolue du diagnostic local.

Paul Chéron.

COURRIER

— Le total, au 1er janvier 1891, des aliénés placés, en Angleterre, sous la surveillance de l'administration, était de 115,641, ce qui donne 1 aliéné par 334 habitants. Ce chiffre, d'après M. Miquel, serait de 1 aliéné par 200 habitants, si on ajoute aux 115,641 aliénés des asiles, 75,000 autres soignés à domicile.

Nécrologie. — MM. les docteurs Chevandier, sénateur de la Drôme; Sainton (de Tours); Musset (du canton de Castillon); Benoît du Martouret (de Dié).

Corps de santé de la marine et des colonies. — *Tableau d'avancement des officiers du corps de santé des colonies.* — 1° Médecins en chef de 2e classe inscrits pour le grade de médecin en chef de 1re classe : MM. Illy, Trucy et Grall.

2° Médecins principaux inscrits pour le grade de médecin en chef de 2e classe : MM. Serez, Primet, Chédan et Nivart.

3° Médecins de 1re classe inscrits pour le grade de médecin principal : MM. Drevon, Parnet, Péthellaz et Roussin.

4° Médecins de 2e classe inscrits pour le grade de médecin de 1re classe : MM. Manin, Texier, Alquier, Pujol et Levrier.

5° Pharmacien en chef de 2e classe inscrit pour le grade de pharmacien en chef de 1re classe : M. Raoul.

6° Pharmacien principal inscrit pour le grade de pharmacien en chef de 2e classe : M. Gaudaubert.

7° Pharmaciens de 2e classe inscrits pour le grade de pharmacien de 1re classe : MM. Réland et Liotard.

— M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, fera à sa clinique, 15, rue Malebranche, un cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires, qui sera complet en quinze leçons.

Ce cours commencera le lundi 23 janvier 1893, et sera continué les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

LES INJECTIONS DE LIQUIDES ORGANIQUES

Le 1er juin 1889, M. Brown-Sequard, dans une lecture faite à la Société de biologie, annonça que l'injection sous-cutanée du liquide produit par le broiement de testicules d'animaux rendait à l'homme affaibli une grande partie de sa vigueur physique et morale.

Depuis sa première communication, M. Brown-Sequard en a fait un certain nombre d'autres, qui lui ont permis de préciser les applications de ce que l'on a déjà appelé le Séquardisme; et, bien qu'au début les résultats obtenus n'aient été accueilli qu'avec un scepticisme moqueur ou méprisant, on peut dire qu'actuellement les injections sous-cutanées de liquides extraits des différentes glandes de l'organisme ont été suffisamment expérimentées pour qu'il soit nécessaire d'en bien connaître les effets.

La méthode est sortie du laboratoire pour entrer dans la clinique.

I

MM. Brown-Sequard et d'Arsonval retirent actuellement leur liqueur testiculaire des testicules de taureaux.

Il est plus commode d'employer le suc testiculaire du cobaye, que l'on prépare de la manière suivante :

FEUILLETON

LES INHUMATIONS PRÉMATURÉES

De temps en temps, une nouvelle à sensation vient rappeler l'attention du public sur les inhumations prématurées et raviver la terreur des personnes qui redoutent d'être enterrées vivantes. Habituellement, ces histoires dramatiques sont publiées par les journaux dans les moments où la politique languit. On les exhume dans les jours de détresse, comme on faisait autrefois, dans les colonnes du *Constitutionnel*, pour le grand serpent de mer aperçu dans l'océan Atlantique par un capitaine marseillais.

Celle qui vient de faire le tour de la presse n'a pas pour excuse une détresse pareille. Hélas! depuis quelque temps, les journaux ne manquent pas de copie, et le *Petit Parisien* est impardonnable d'avoir lancé, dans la circulation, le canard qu'un correspondaut trop crédule lui a expédié de Normandie.

Tout le monde a lu ce fait-divers lamentable, la mésaventure de ce pauvre jeune homme de *Saint-Gratien-les-Bois*, enterré vivant à la fleur de l'âge, et au cours d'une fièvre typhoïde. Son inhumation complète a été retardée par un heureux hasard : son

Les glandes auxquelles on laisse attachée la plus grande longueur possible du canal déférent sont enlevées immédiatement après la mort de l'animal et débarrassées de la couche graisseuse qui les enveloppe; puis on les divise en cinq ou six morceaux avec des ciseaux, et ces morceaux sont laissés au moins une heure, en moyenne huit à dix heures, dans un flacon renfermant 15 c. c. environ de glycérine officinale à 30 degrés. La glycérine ratatine le tissu testiculaire et s'empare de toutes les parties liquides ou solubles. Le volume de l'organe paraissant suffisamment diminué, la glycérine est étendue de trois fois son volume d'eau très récemment bouillie (45 c. c.); on agite et on filtre au papier. Si on a soin de recevoir le filtrat limpide dans un verre lavé à l'eau bouillante, il peut être utilisé immédiatement.

Cependant, il est préférable de filtrer une seconde fois dans une bougie afin d'être certain de l'absence de tout germe.

L'appareil filtrant dont se sert habituellement M. d'Arsonval est fort compliqué et d'un maniement difficile en dehors d'un laboratoire spécialement installé. Mais le même auteur a indiqué la construction d'un appareil beaucoup plus simple qui peut être utilisé par tout le monde. Cet appareil se compose d'un flacon muni d'une tubulure latérale et dans lequel on fixe, à l'aide d'un anneau de caoutchouc, une bougie poreuse en alumine. L'appareil étant stérilisé par lavage à l'eau bouillante, on verse du liquide dans la bougie qui est surmontée d'un entonnoir, et on fait le vide dans le flacon à l'aide d'une petite pompe aspirante comme celle de l'appareil de Potain.

M. d'Arsonval a indiqué un dispositif encore plus simple. Pour faire le vide dans le ballon, on y verse une cuillerée d'eau que l'on porte à l'ébullition; quand la vapeur a chassé l'air, on bouche rapidement et on verse le liquide dans la bougie.

Ces indications peuvent servir pour l'extrait de n'importe quel organe.

Pour stériliser les bougies qui ont servi, ont les passe dans l'eau bouillante; puis, après séchage, on les chauffe graduellement au rouge sur de la braise de boulanger.

La pratique de l'injection de liquide testiculaire est des plus simples, et on n'aura pas d'accidents d'infection à redouter, à condition de se conformer aux préceptes suivants :

La seringue de Pravaz qui servira doit être parfaitement désinfectée. Avec les modèles ordinaires, cette désinfection est difficile; avec celui de M. le professeur Debove, elle

---

caveau n'étant pas achevé, on le mit dans une *fosse provisoire;* le lendemain, on procéda à l'exhumation et le cercueil fut porté dans l'église pendant qu'on faisait les derniers préparatifs. C'est là que le mort-vivant reprit connaissance et qu'il témoigna bruyamment son retour à la vie. Les assistants, au lieu de le délivrer, portèrent la bière au presbytère; on se décida alors à enlever le couvercle et l'on trouva le jeune homme parfaitement réveillé et tout surpris de se voir ainsi enveloppé.

Les journaux les plus sérieux ont reproduit cet entrefilet sans commentaires, et l'*Intransigeant illustré* lui a consacré un de ses dessins à sensation. On y voit la victime se dressant dans une attitude menaçante et dardant sur l'assistance un regard d'outre-tombe. Le prêtre tombe à la renverse son crucifix à la main, le fossoyeur est pétrifié, une femme s'enfuit en se cachant la tête; enfin, c'est très émouvant, et les passants impressionnables qui regardent cette image éprouvent un frisson de terreur.

Aucun des journalistes qui ont reproduit ce canard ne se sont demandé comment le jeune homme, qui avait montré tant de patience pendant plus de vingt-quatre heures, est devenu tout à coup si intransigeant. Il est vrai que son attitude dramatique est le fait de l'inspiration de l'artiste; dans le récit du *Petit Parisien*, le ressuscité se borne à témoigner sa surprise de se voir ainsi fagoté, et cette surprise, tous les médecins s'y associe-

s'opère sans difficulté et sans crainte d'abîmer l'instrument que l'on lave avec de l'eau phéniquée à 20/00 ou que l'on fait passer par l'eau bouillante. La peau du malade sera lavée à l'eau phéniquée, de même que les doigts de l'opérateur. Le lieu d'élection est l'abdomen; on peut aussi faire l'injection entre les épaules ou à la fesse. La canule, préalablement flambée (ce qui n'expose pas à l'émoussement de la pointe si elle est en platine iridé), est introduite parallèlement à la peau. La seringue est remplie à moitié d'eau distillée récemment bouillie et froide, et on complète le remplissage par le liquide organique.

La quantité de ce dernier à injecter chaque jour varie de 2 à 8 gr. ou 10 gr., et il faut prolonger le traitement pendant au moins trois semaines et même plus s'il s'agit d'un cas de faiblesse sénile. Quelquefois, afin d'éviter la douleur, il est nécessaire d'étendre le liquide organique de deux fois son volume d'eau; mais il ne faut jamais ajouter cette dernière dans le flacon dont le contenu sera rejeté dès qu'il se troublera. On ne doit jamais non plus ajouter d'antiseptique au liquide organique.

La voie sous-cutanée est à peu près la seule usitée, mais M. Brown-Sequard a cependant montré que l'on pouvait utiliser la voie rectale sans autre inconvénient qu'un peu d'irritation locale. Il faut, dans ce dernier cas, employer de plus grandes quantités de liquides, car l'intestin absorbe mal. Ce mode d'administration est, en somme, très inférieur.

La technique de l'injection de liquides organiques quelconques est exactement la même; il faudra seulement étendre les extraits glycériques de deux à trois fois leur volume d'eau distillée, bouillie, froide.

III

Nous allons étudier d'abord les effets de l'injection du suc testiculaire.

M. Brown-Sequard a constaté sur lui-même que les injections rendent le travail intellectuel facile, que la force musculaire augmente, que la miction et la défécation, si souvent difficiles chez les vieillards, recommencent, sous leur influence, à s'opérer régulièrement. Il a pu faire disparaître très rapidement une extrême faiblesse consécutive à une entérite survenue dans le cours d'une coqueluche ancienne.

M. Variot fut l'un des premiers à expérimenter les injections dans la débilité sénile. Il constata l'augmentation de la force musculaire, une excitation nerveuse générale, et

---

ront. Car, enfin, ceci se passait au cours d'une fièvre typhoïde, il fallait que le malade fût bien bas pour se laisser enterrer sans protestation, et, dans ces conditions, il est bien étrange qu'il se soit trouvé si gaillard et si dispos, après une nuit passée dans une fosse, le 18 décembre, avec un suaire pour tout vêtement. Il avait décidément la vie dure, et pourtant ce n'est rien à côté des anciennes histoires, où les gens mouraient de faim dans leur cercueil, après s'être rongé les poings pour prolonger leur agonie. Le dernier exemple de ce cruel autophagisme remonte à une vingtaine d'années; mais combien touchante cette histoire! Elle fut racontée par un de nos plus grands journaux et elle a été reproduite par le docteur Maze, dans l'intéressant mémoire dont l'*Union médicale* a rendu compte le 12 janvier dernier. Il s'agissait d'une jeune actrice du Gymnase, *mignonne à plaisir*. On l'avait enterrée vivante, la pauvre enfant, et par un prodige de souplesse, ou à la faveur de quelque disposition anatomique jusqu'alors inconnue, elle était parvenue à se manger l'épaule. Horreur! Horreur!!

Dans son indignation, le journaliste demandait qu'on appliquât la peine du talion aux médecins qui se rendraient désormais coupables de semblables erreurs. Ce serait bien sévère; mais on n'aurait pas souvent l'occasion d'appliquer cette pénalité. Les inhumations anticipées n'ont jamais lieu à la suite d'une vérification régulière des décès. C'est

surtout cérébrale, de l'excitation génitale dans plusieurs cas, la régularisation des fonctions viscérales.

MM. Villeneuve (de Marseille), H.-P. Loomis sont arrivés à peu près aux mêmes résultats. M. Villeneuve a injecté à des femmes âgées du suc ovarien de cobaye; dans deux cas, les effets ont été remarquables; dans deux autres, ils ont été nuls. M. Fleury (de Lille) a vu les injections réussir chez des enfants affaiblis; il n'y a pas eu d'excitation vénérienne.

Pestalozza considère le suc testiculaire comme utile dans tous les grands épuisements de l'organisme survenus sous l'influence de causes morbides variées.

Cependant, il y a des voix discordantes. M. E. Thierry n'a pu faire recouvrer sa vigueur sexuelle à un bélier impuissant, et Fruebringer a à peu près complètement échoué chez des vieillards affaiblis. Il est vrai que les expériences de ce dernier auteur sont peu concluantes, car il se servait d'un extrait de spermine provenant de sperme humain et additionné d'une solution alcaline de thymol. Encore, ses malades ont-ils éprouvés des désirs vénériens.

Les injections de suc testiculaire ont été très préconisées dans l'ataxie locomotrice (Depoux, Brown-Sequard, Gibert, d'Arsonval, Remouchamps). Les principaux symptômes de la maladie semblent pouvoir disparaître complètement; les malades n'ont plus d'incoordination motrice et peuvent se livrer à des exercices exigeant une grande précision dans les mouvements (escrime); la marche devient facile même dans l'obscurité; les troubles viscéraux cessent; en un mot, l'amélioration va souvent jusqu'à revêtir l'aspect de la guérison, bien que, habituellement, le réflexe rotulien continue à faire défaut. Dans plusieurs des faits rapportés, le diagnostic a été discuté assez sérieusement pour qu'il soit possible d'éliminer complètement l'idée de pseudo-tabès.

Du reste, M. Brown-Sequard le reconnait parfaitement, le liquide testiculaire est loin de réussir dans tous les cas d'ataxie; sur 56 cas actuellement publiés, il n'y a eu que 9 insuccès.

Hischberg a même constaté une exacerbation des symptômes locaux sous l'influence des injections; d'après lui, il se produirait, dans ces cas malheureux, une congestion médullaire très nuisible chez les ataxiques trop avancés. D'après cet auteur, même en suivant les indications de d'Arsonval, le suc testiculaire renfermerait des substances

---

toujours à la campagne, et dans de petites localités où cette précaution ne se prend pas. Il n'y a pas, en France, cinquante villes dans lesquelles cet important service soit organisé. On peut dire, sans exagération, qu'il y a, chaque année, vingt ou trente mille personnes qui vont en terre sans qu'un médecin se soit assuré qu'elles sont mortes.

L'article 77 du code fait une obligation à l'officier de l'état civil de se transporter auprès de la personne décédée pour s'assurer de son décès; mais cet article n'est jamais exécuté et ne saurait l'être. L'officier de l'état civil n'a ni le temps ni les connaissances nécessaires pour s'acquitter d'un pareil mandat. Dans les grandes villes, les maires délèguent leur pouvoir à des médecins vérificateurs de décès, sur le rapport desquels la municipalité délivre le permis d'inhumer. Partout ailleurs, on se contente de la déclaration de deux témoins qui s'en rapportent eux-mêmes au dire de l'entourage. Dans de pareilles conditions, il est étrange qu'il ne se commette pas plus d'erreurs. La constatation des décès n'est pas chose si facile. Tout le monde sait qu'il n'y a qu'un signe absolument certain de la mort, c'est la putréfaction, et on ne peut pas toujours l'attendre; mais, en réalité, l'ensemble des autres caractères suffit pour se prononcer et, dans la pratique, les médecins ne s'y trompent jamais. La preuve en est faite depuis bien longtemps.

toxiques pouvant être nuisibles à l'homme, capables, en particulier, de provoquer de la fièvre.

Mairet a essayé les injections dans l'aliénation mentale et, en particulier, dans la stupeur lypémaniaque; l'état intellectuel des malades, nous attirons l'attention sur ce point, éliminait naturellement la suggestion. Le professeur de Montpellier a noté la disparition de la stupeur remplacée par une surexcitation passagère, la régularisation de la fréquence des pulsations cardiaques, l'amélioration de la nutrition générale.

Mairet a constaté la régularisation de la température. Ce résultat n'a pas été obtenu par Copriati, qui a cependant constaté l'augmentation de la force des battements du cœur et de la tonicité des parois vasculaires; il a vu, chez les aliénés, se produire une excitation psychique transitoire.

Ventra et Fronda n'ont relevé, dans l'aliénation mentale, que des résultats nuls et fugaces.

Bayroff admet que les injections peuvent être utiles dans le scorbut, le diabète, l'obésité, les affections du système nerveux central, et surtout la faiblesse générale. Quelquefois l'injection est suivie d'une élévation de la température qui, pour l'auteur, tient à l'existence, dans le suc testiculaire, d'une substance pyrétogène.

M. Brown-Sequard vante beaucoup le traitement dans les anémies, surtout dans celles qui sont consécutives à des hémorrhagies; il l'a vu aussi réussir dans la cachexie palustre.

Les injections ont amélioré beaucoup l'état d'une femme atteinte de cancer utérin (Labrosse) et M. A. Filleau s'en est aussi servi avec profit dans la cachexie cancéreuse. Lebrun les a vu échouer contre les douleurs du cancer utérin, mais les hémorrhagies ont cessé.

Ouspenski a constaté que le traitement augmentait beaucoup la résistance des animaux aux infections expérimentales par le charbon et la morve. MM. Nourry et Michel ont vu des chiens injectés résister à l'inoculation de fragments de poumons tuberculeux, tandis que les chiens témoins succombaient rapidement.

Les injections faites chez les phthisiques pourraient être suivies de la diminution des sueurs et de la toux, de la disparition de la fièvre, du retour de l'appétit (Variot, Dumontpallier, Ouspensky, Hénocque, Cornil).

En 1791, lorsque Hupeland fonda à Wennar son célèbre oratoire, il était convaincu de la fréquence des inhumations prématurées et il avait répandu la terreur en Allemagne par ses écrits; aussi son invention y eût-elle un grand succès. Des dépôts mortuaires furent créés dans toutes les grandes villes d'outre-Rhin. Depuis cette époque, il s'en est fondé dans presque tous les grands Etats de l'Europe. A Paris, on en a construit deux dans ces dernières années, l'un au cimetière Montmartre et l'autre au Père-Lachaise. Ils sont élégants, confortables, hygiéniques, et cependant ils ne font pas leurs frais. On n'y porte que les morts tombés sur la voie publique et n'ayant pas de domicile, et les étrangers qui succombent dans les garnis. En dix-huit mois, le dépôt de Montmartre n'a reçu que cinq décédés, et celui du Père-Lachaise un seul.

Il n'en est pas de même à l'étranger. En Allemagne, surtout, les dépôts mortuaires sont très fréquentés. Il y a même des villes comme Munich ou le séjour en est obligatoire. Les morts y sont exposés aux regards et on a pris toutes les précautions imaginables pour qu'ils puissent facilement appeler à leur aide, s'ils venaient à se réveiller.

A Munich, on leur passe au doigt un anneau d'où part un cordon aboutissant à un ressort d'horlogerie qui actionne le timbre d'un réveil. A Francfort, l'appareil indicateur se compose de cinq dés à coudre dont on coiffe l'extrémité des doigts de la main droite

Enfin, on a vu les injections réussir dans la dyspepsie, le rhumatisme musculaire, les névralgies rebelles, la faiblesse cardiaque, la lèpre, la paralysie agitante, le choléra, et M. d'Arsonval leur a reconnu une action emménagogue.

Comment expliquer les succès obtenus dans des affections si diverses ?

Dans tous le cas où il y a faiblesse, les résultats peuvent tenir à l'action tonifiante du liquide des glandes séminales (Brown-Sequard, Peter).

On peut comprendre la disparition de symptômes autres qu'une simple faiblesse si l'on admet, avec M. Brown-Sequard, que la faiblesse de mise en jeu de la faculté reflexe est en raison inverse de la puissance des centres nerveux. Or (Brown-Sequard), les symptômes de la tuberculose pulmonaire, par exemple, sont surtout des effets réflexes provenant de l'irritation des nerfs du viscère malade ; dans l'ataxie, dans la lèpre, dans le diabète, les paralysies et les contractures dues à des lésions organiques des centres nerveux, « l'augmentation de puissance de ces centres entraîne la cessation des actions réflexes morbides et l'amélioration de la nutrition qui font disparaître l'état symptôma-ique ».

Beaucoup d'auteurs ont, naturellement, invoqué la suggestion pour expliquer un certain nombre des effets observés ; mais cette suggestion, évidemment admissible dans certains cas, ne l'est pas chez les aliénés et chez les malades non prévenus.

L'action du liquide testiculaire est sans doute due à la spermine qui existe non-seulement dans le sperme, mais encore dans le corps thyroïde, le thymus, le pancréas, la rate, le sang normal. D'autres ont attribué cette action au phosphore et ont injecté du phosphate de soude. (Croy. J. Chéron.)

IV

Depuis la découverte de M. Brown-Sequard, on a fait des injections avec un grand nombre de liquides organiques. Les recherches les plus récentes semblent, en effet, démontrer que des glandes sans sécretion externe (glande thyroïde) ou à sécretion externe (pancréas) versent directement dans le sang des substanees qui jouent un rôle considérable dans la nutrition générale.

Glande thyroïde. — Gley et Vassale ont fait des expériences qui montrent que chez le chien il est possible, dans beaucoup de cas, d'empêcher ou d'arrêter les accidents mor-

---

et qui sont adaptés à des ficelles se réunissant pour former un cordon aboutissant lui-même à une sonnerie que le moindre mouvement met en branle. Alors, c'est un bruit formidable, prolongé, qui ébranle tout l'édifice, un bruit à réveiller les morts du voisinage en leur donnant l'illusion qu'ils entendent la trompette du jugement dernier.

On n'a pu juger encore de ce terrible effet, qu'en faisant fonctionner l'appareil pour la satisfaction des visiteurs, car, depuis un siècle qu'il existe dans toute l'Europe des dépôts mortuaires dans chacun desquels des milliers de morts ont passé, pas un d'entre eux ne s'est réveillé de son dernier sommeil et n'a sonné pour appeler le gardien. C'est qu'en effet, une erreur n'est guère possible dans les conditions d'examen que ces dépôts nécessitent ; mais la création d'établissements aussi dispendieux n'est pas nécessaire pour prévenir les inhumations anticipées. Il suffit d'une vérification médicale de décès convenablement organisée. Elle est possible même dans les campagnes. En attendant que cette lacune soit comblée, les gens du monde, que la question préoccupe bien plus que les paysans, peuvent se mettre à l'abri de tout péril, en témoignant le désir qu'on ne les enterre qu'après un examen sérieux de leur médecin. S'ils ne s'en rapportent pas à lui pour s'entourer des garanties nécessaires, il leur reste la ressource de se faire embaumer.

tels qui suivent l'extirpation du corps thyroïde, par l'injection du suc extrait de cet organe.

De nombreux médecins ont déjà traité le myxœdème par les injections du suc thyroïdien (Fénwick, Murray, Chopinet, Bouchard, V. Legroux, Robin, Cartier) et ont vu la maladie s'améliorer et même guérir, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. M. Bouchard ne croit qu'à une amélioration passagère ; il a vu les injections amener des accidents, tels que des maux de tête, des douleurs dans les membres et le thorax forçant à suspendre le traitement.

Des expériences poursuivies par MM. d'Arsonval, Abelous, Langlois, montrent que l'injection du suc extrait des capsules surrénales peut être utile dans la maladie bronzée.

M. Dieulafoy a injecté du suc extrait de la substance corticale du rein dans un cas d'anurie et d'urémie comateuse avec sueurs d'urée. Après une amélioration passagère, le malade succomba.

Enfin, MM. Comby et Dieulafoy ont expérimenté les injections de suc pancréatique dans le diabète maigre.

Se basant sur des expériences de M. Babès, M. Constantin Paul a essayé des injections du liquide produit par la macération glycérique de la substance grise du cerveau de mouton, liquide qui doit être stérilisé suivant les règles ordinaires et employé à l'état froid. Pour préparer ce liquide, on prend 15 grammes de substance grise que l'on fait macérer divisée dans 75 grammes de glycérine pure, pendant 24 heures; on ajoute ensuite 75 grammes d'eau et l'on stérilise dans l'appareil de d'Arsonval. On peut encore faire macérer la substance cérébrale (1 partie) dans de l'eau salée à 12 p. c. (5 parties). Les injections sont faites avec les précautions habituelles, et on introduit de 1 à 5 grammes de liquide. Le traitement peut être continué pendant longtemps.

D'après M. Constantin Paul, les injections sont suivies de la diminution des symptômes de faiblesse et d'impotence musculaire, et les effets sont excellents chez la plupart des neurasthéniques. Toutes les fonctions s'exécutent de plus en plus facilement, l'appétit revient, l'hyperesthésie spinale disparaît, etc. Dans l'ataxie, on observe souvent la disparition ou l'amélioration des troubles génito-urinaires, des crises gastriques, des douleurs fulgurantes, et enfin de l'incoordination motrice. M. Dufournier a recueilli les observations de tous les malades qui ont été injectés en 18·2 dans le service de M. Constantin Paul ; 16 malades sur 36 ont été améliorés.

M. Cullerre a vu les injections de substance grise améliorer la nutrition chez les aliénés, mais l'état psychique ne semble être que fort peu influencé.

M. Maréchal a confirmé, pour la neurasthénie, les résultats constatés par M. Constantin Paul, et, enfin, M. Tripet a vu les injections de substance nerveuse améliorer beaucoup, malheureusement d'une façon seulement transitoire, l'état d'un vieillard diabétique et cachectique.

En résumé, il y a encore trop peu de temps que l'on expérimente les injections de liquides organiques pour que l'on puisse poser des conclusions fermes; mais les résultats obtenus sont encourageants, et il y a lieu de poursuivre les recherches dans ce sens. On n'a pas à redouter d'accidents, si on veut bien s'astreindre aux précautions minutieuses sur lesquelles nous avons insisté.

P. Chéron.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 janvier 1893. — Présidence de M. CHAUVEL.

La Société de chirurgie a tenu, le 18 janvier, sa séance annuelle, qui, suivant l'usage consacré, a commencé par un discours du président sortant, **M. Chauvel.**

Ce chirurgien, après avoir annoncé à la Société qu'un nouveau bail conclu tout dernièrement lui assurait pour de longues années le local qu'elle occupe depuis si lontemps, après avoir fait quelques réflexions sur les séances, l'utilité des rapports faits à tête reposée par les membres et devenant le point de départ de discussions intéressantes, a passé en revue les vides que la mort a produits parmi ses collègues.

C'est d'abord le regretté Le Prevost (du Havre), membre correspondant depuis une année à peine et succombant à la fleur de l'âge dans l'exercice de sa profession. Une piqûre anatomique enleva, en effet, ce jeune chirurgien à l'affection de ses amis. Ce sont les docteurs Corradi et Pellizari, membres correspondants étrangers, et, enfin, tout dernièrement encore, M. Horteloup, dont nous avons déjà déploré la perte.

M. Chauvel termine en annonçant les prix décernés par la Société de chirurgie, et dont voici l'énumération :

Prix Duval. — Le prix est décerné à M. le docteur Vigneron (de Marseille), pour son travail intitulé : « De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein. »

Prix Laborie. — Le prix n'est pas décerné. Trois récompenses sont accordées :

La première, de 1,000 francs, à M. le docteur Sieur, médecin-major de l'École du service de santé militaire (Lyon), pour son travail inscrit sous le titre : « De l'intervention chirurgicale dans les contusions graves de l'abdomen. »

La seconde, de 800 francs, à M. le docteur Jules Reboul (de Marseille), pour son travail : « Sur la transformation et la dégénérescence des nœvi. »

Enfin, la troisième, de 600 francs, à M. le docteur Choux, médecin-major de l'hôpital militaire de Vincennes, pour son travail iutitulé : « De la cure radicale des hernies musculaires. »

Après un discours dans lequel **M. Bouilly**, secrétaire annuel, a su rendre attrayant et plein d'intérêt le compte rendu de toutes les discussions de l'année, **M. Monod**, secrétaire général, prend la parole pour prononcer l'éloge d'Ulysse Trélat.

Dans un fort beau discours, l'orateur, élève et ami du chirurgien de la Charité, nous montre son ancien maître dans les différentes étapes de sa carrière chirurgicale. Il fait ressortir « cette clarté d'exposition, cette richesse de langage » et cette éloquence qui mettaient ce professenr hors de pair. Pas une Société savante qui n'ait conservé le souvenir de ces brillantes envolées que le secrétaire général de la Société de chirurgie nous retraçait hier encore !

Pour accentuer d'avantage la personnalité de Trélat, l'orateur n'a pas craint de nous le représenter dans la vie de tous les jours, avec ses « petits travers d'inexactitude », avec cette « apparence un peu farouche » qui cachait, pour ses élèves, beaucoup de douceur et de bonté.

Nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le discours de M. Monod. Ceux qui le liront retrouveront, dans l'éloge qu'il fait de son maître, l'exposé des qualités supérieures que celui-ci montra toujours : clarté, précision et grand sens chirurgical.

PRIX A DÉCERNER EN 1893. — *Prix Duval* (300 fr.); *Prix Laborie* (600 fr.); *Prix Ricord* (300 fr.); *Prix Demarquay* (700 fr.) : Des opérations pratiquées par la voie sacrée ; indications, résultats, manuel opératoire.

Prix Gerdy (4,000 fr.) : De la cure radicale des hernies ombilicales.

Pour les conditions de ces concours, voir le premier fasicule des Bulletins de la Société de chirurgie de l'année courante.

Eugène ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

Prolapsus du rectum avec invagination de l'S iliaque. — Résection. — Guérison. — M. le professeur Julliard (de Genève) a publié, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, une très curieuse observation de prolapsus du rectum qu'il a guéri par le procédé de Mickuliez. Il s'agissait d'une tumeur longue de 25 centimètres portée par un enfant de 9 ans, chétif et pâle. Le début de l'affection ne remontait qu'à six mois. Il y avait de la diarrhée, de l'incontinence complète des matières fécales; le malade dépérissait, et déjà des ulcérations gangréneuses se montraient sur le prolapsus et y avaient déterminé une perforation.

Etant donnés les symptômes que nous venons d'énumérer, la dimension de la tumeur et son irréductibilité, l'invagination croissante de l'S iliaque, il n'y avait qu'à opérer.

M. Julliard renonça à la ligature sur une sonde introduite dans l'intestin, à cause de a possibilité d'une hédrocèle. On sait, en effet, que les descentes de l'intestin dans les culs-de-sac péritonéaux entraînés par le prolapsus ne sont pas rares, quand ce dernier est aussi volumineux. Il eut recours à la résection suivant le procédé de Mickuliez. Ce chirurgien sectionne, au ras de l'anus, d'abord la partie antérieure du prolapsus, ouvre aussi la cavité péritonéale et la referme en suturant la séreuse de la moitié antérieure du cylindre externe à celle du cylindre interne, il fait de même pour les muqueuses et se conduit de la même façon pour la moitié postérieure du cylindre hernié. De cette façon, on n'a pas à craindre de voir l'intestin sectionné, s'échapper et rentrer dans le ventre. M. Julliard ayant constaté, au cours de l'opération, que le côlon et le mésocôlon n'avaient aucune tendance à remonter, coupa le prolapsus entier en un seul temps.

Le malade guérit fort bien et, cinq mois après, rien ne s'était reproduit; mais, fait d'une grande importance, lorsque M. Julliard revit son opéré, à l'endroit de la suture, il existait un rétrécissement formé par un diaphragme mince, très souple, qui laissait difficilement passer l'index. Voilà donc une entérorrhaphie circulaire présentant les inconvénients reprochés à la ligature!

M. Julliard termine en disant qu'on a accusé la suture de Lembert, dans ces cas, de produire constamment un rétrécissement soit à cause de l'adossement des séreuses à plusieurs étages, soit à cause de la non-suture de la muqueuse; mais, chez son opéré, séreuses et muqueuses ont été suturées bout à bout, et pourtant il y a eu rétrécissement. Il faut ajouter que celui-ci n'est pas constitué par du tissu inodulaire; c'est un simple repli de la muqueuse qui a conservé sa souplesse et son élasticité. (*Revue médicale de la Suisse romande*, novembre 1892.)

Traitement de la tuberculose articulaire. (Kœnig : *Archiv. für Klin. chir.*, 1892) Trois grandes méthodes sont étudiées par l'auteur : *L'opération sanglante, les injections sous-cutanées médicamenteuses et les moyens mécaniques.* — Il est intéressant de voir ce chirurgien se prononcer en faveur des méthodes anciennes, dire que bon nombre de tuberculoses articulaires guérissent spontanément et conseiller l'immobilisation au moyen des appareils plâtrées, l'extension continue et la compression. Ces derniers moyens serait surtout efficaces dans la coxalgie des enfants, et on arrivera aussi à guérir des petits malades dans une période de temps oscillant entre six mois et deux ans.

Quand cette thérapeutique n'aura pas réussi, il faudra avoir recours aux injections intra-articulaires et particulièrement aux injections iodoformées; et enfin la résection ne sera faite que lorsque l'amélioration n'aura pas été obtenue. Cette résection ne sera jamais hâtive.

A la clinique de Göttingue, sur 410 cas de tuberculose de la hanche, il y en a eu la moitié de traités par la conservation ; 150 malades ont été soumis à l'extension et aux appareils plâtrés; 50 autres ont reçu, en plus, des injections de glycérine iodoformée, et 210 fois la résection a été pratiquée. Cette opération a donné 19 p. 100 de mortalité.

Pour le genou, sur 100 résections, Kœnig compte 6 morts opératoires, 6 dans le mois suivant, 64 guérisons complètes, 16 guérisons incomplètes avec fistules et amputations secondaires.

Une enquête, faite en 1888, permit de retrouver 70 de ces malades, 44 étaient encore bien portants et susceptibles de travailler ; 20 étaient morts la plupart de tuberculose et 6 portaient encore des trajets fistuleux.

« Kœnig recommande, quand on peut, d'extirper un foyer tuberculeux intra-osseux, avant qu'il ait pénétré dans l'articulation; mais les cas sont rares qui autorisent une pareille pratique. Quant à l'extirpation de la capsule sans résection osseuse, on fera bien d'en limiter l'usage aux enfants. Chez eux, elle peut être utile ; chez les adultes, elle est le plus souvent insuffisante. »

Résection des branches postérieures des trois premiers nerfs cervicaux dans le torticolie spasmodique, par Ch. Powers. (*New-York Med. Journal, 1892.*) — Ce chirurgien, se trouvant en face d'une contracture des muscles du côté droit du cou qui, d'abord passagère, devint permanente, essaya d'abord, mais sans succès, tous les moyens médicaux. Il disséqua les trois premiers nerfs cervicaux jusqu'à leur origine et les reséqua sur une très faible étendue. La tête fut maintenue dans l'extension par un appareil plâtré. L'opération avait duré deux heures, les deux premiers nerfs ayant été très difficiles à découvrir.

La guérison fut prompte, et la tête se maintint droite pendant un certain temps. Dix mois après, tous les mouvements étaient possibles, mais il existait encore une légère contracture des fibres antérieures du trapèze droit.

M. Powers joint deux opérations semblables à la sienne, l'une due à Keen et l'autre à Noble Smith, toutes deux suivies d'un résultat satisfaisant. Il recommande l'incision longitudinale chez les sujets dont le cou est long, et pour les cous courts et gros, l'incision transversale.

Résections stomacales et gastro-entérostomie. — M. Von Hacker a présenté le 16 décembre 1892, à la Société royale des médecins de Vienne, une malade atteinte de cancer de l'estomac sur laquelle il avait pratiqué, le 7 septembre 1891, une pylorectomie. Plus de trois mois après, la malade est bien portante. Ce chirurgien cite une seconde opérée qui, depuis février 1891, est aussi en parfait état de santé. Mais il n'en est pas de même dans une troisième observation qui a trait à un lymphosarcome. Il

fallut enlever les deux tiers de l'estomac, et la récidive, qui s'est produite six mois après, présente aujourd'hui le volume des deux poings.

M. Von Hacker présente aussi une malade sur laquelle il a pratiqué une gastro-entérostomie pour rétrécissement cicatriciel du pylore, et, de plus, trouvant la vésicule biliaire volumineuse et remplie de calculs, il fixa le fond de celle-ci à la paroi abdominale, et, six jours après, il ouvrit le réservoir de la bile au thermo-cautère. Neuf calculs furent ainsi évacués. La fistule se ferma d'elle-même, et, aujourd'hui, la malade est fort bien portante.

Quatre gastro-entérostomies pratiquées par M. von Hacker lui ont donné deux succès dans des rétrécissements de nature bénigne. Les opérés vivent encore aujourd'hui, et l'un d'eux a déjà été présenté à cette même Société en mars 1890. Dans les deux autres cas, il s'agissait de cancers inopérables; les deux opérés moururent, le premier, de pneumonie peu de temps après l'intervention; le second, de cachexie, cinq mois après l'opération. (*Deutsche medizinal Zeitung*, 2 janvier 1893.)

COURRIER

Internat des hôpitaux, — *Nominations.* — 1. Mouchet; 2. Dujon; 3. Collet; 4. Binot; 5. Lévy (Emile); 6. Ravanier; 7. Lapointe; 8. Thomas; 9. Lévy (Charles); 10. Bensande; 11. Bodin; 12. Baraduc; 13. Auclair (Jules); 14. Josué; 15. Ranglaret; 16. Laurens; 17. Baudet; 18. Isidor; 19. Flandre; 20. Jeannin; 21. Gasne; 22. Griner; 23. du Bouchet; 24. Robineau; 25. Hermary; 26. Philippe; 27. Ouvry; 28. Apert; 29. Gesland; 30. Baillet; 31. Diriart; 32. Emery; 33. Desfosses; 34, Boquel; 35. Brouardel; 36. Leblanc; 37. Macé; 38. Collinet; 39. Petit (René); 40. Martin (Albert); 41. Kuss; 42. Mourette; 43. Fauquez; 44. Pochon; 45. Paquy; 46. Venot, 47. Vermorel; 48. Claude; 49. Guillemot (Louis); 50. Lapeyre; 51 Caboche; 52. Fredel; 53. Ramond; 54. Derocq; 55. Petit (Raymond); 56. Beaussenat; 57. Magdelaine; 58. Bellot (Eugène); 59. Benoit; 60. Paul-Boncour; 61. Schmidt; 62. Cocquelet; 63. Coursillier; 64. Lévy (Samuel); 65. Mermet; 66. Bologuesi.

Provisoires : 1 Salmon. — 2 Larg. — 3 Martin (Charles). — 4 Blanc. — 5 Miquet. — 6 Hepp. — 7 Anghelesco. — 8 Vauverts. — 9 Bigeard. — 10 Garnier (Marcel). — 11 Lenoble. — 12 Piaget. — 13 Estrabant. — 14 De Eliacheff. — 15 Pouquet. — 16 Bonnus. — 17 Guibert Lassalle. — 18 Jacobson. — 19 Wiart. — 20 Gellé. — 21 Noir. — 22 Plicot. — 23 Batique. — 24 Bonchacourt. — 25 Chauvel. — 26 Chalry. — 27 Diasbury. — 28 Lorrain. — 29 Lévy (Armand). — 30 Zeimet. — 31 Dominici. — 32 Fauvelle. — 33 Roger. — 34 Grasset. — 35 Escat (Jean). — 36 Papillon. — 37 Luton. — 38 Millon. — 39 Choppin. — 40 Fournier. — 41 Tissier (Henri). — 42 Marçais. — 43 Thoumire. — 44 Lenoir. — 45 Bruyère. — 46 Poix. — 47 Grenet (Alphonse). — 48 Hobbs. — 49 Carcel. — 50 Berthelin. — 51 Haury. — 52 Escat (Etienne). — 53 Brunet (Louis). — 54 Pinanet. — 55 Delamare. — 56 Bartoli. — 57 Bonnet. — 58 Rudaux. — 59 Nordmann. — 60 Frevel. — 61 Charnaux. — 62 Beaulavon. — 63 Siguier. — 64 Pasteau. — 65 Griffon — 66 Crochet.

HOPITAL ST-LOUIS. — Service de M. le Dr Richelot. — M. Richelot commencera ses leçons cliniques le mercredi 8 février 1893, à 9 heures et demie, et les continuera les mercredis suivants.

A partir du 1er février, les travaux du service seront organisés comme il suit :

Lundi. — Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.

Mardi. — Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (salle Denonvilliers).

Mercredi. — Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opérations.

Jeudi. — Opérations abdominales (chalet).

Vendredi. — Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.

Samedi. — Opérations abdominales (chalet).

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des officiers du corps de santé :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Mathis; 3. Duchateau; 4. Bertrand; 5. Dupont; 6. Laugier; 7. de Fornel; 8. Talairach.

Médecins principaux : MM. 1. Miquel; 2. Maget; 3. Léo; 4. Vantalon; 5. Pascalis; 6. Drago; 7. Siciliano; 8. Ed. Roux; 9. Riche.

Médccins de 2e classe : MM. 1. Castex; 2. Caraës; 3. Briend; 4. Onimus; 5. Fossard 6. Pral-Flottes; 7. Garnier; 8. Renault; 9. Cairon; 10. A. Denis; 11. Palasne de Champeaux; 12. Conan; 13. Vergues; 14. Doublet; 15. Chevalier; 16. Bossuet.

Pharmaciens principaux : MM. 1. Baucher; 2. Lalande; 3. Louvet; 4. Porte.

Pharmaciens de 1re classe : MM. 1. Perron; 2. Reboul; 3. Camus; 4. Vignoli; 5. Pascalet; 6. Robert; 7. Geffroy; 8. Baus; 9. Rigal; 10. Cavalier; 11. Chalufour.

Pharmaciens de 2e classe : MM. 1. Tambon; 2. Pellen; 3. Beaumont; 4. Gautret; 5. L; Naour; 6. Auché; 7. Guéguen; 8. Cavallier; 9. Mengin; 10. Huet; 11. Baillet; 12. Henry; 13 Riffaud.

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe 1. Tréguier; 2. Castagné; 3. Plouzanet; 4. Daliot; 5. Clavel.

MM. les médecins de 2e classe 1. Salaun; 2. Le Marchadour; 3. Berriat; 4. Lorin; 5. Bonnefoy; 6. Duguet; 7. de Moutard.

— M. le médecin de 1re classe Castagné est parti pour Brest pour servir au 6e régiment d'infanterie de marine.

— M. le médecin de 2e classe Salanoue-Ipin arrive au port et embarque sur la *Drôme*.

— M. Aubert, élève du service de santé de la marine, docteur en médecine, est nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe, pour servir à Toulon.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HYGIÈNE

—

INCINÉRATION ET ENLÈVEMENT DES ORDURES MÉNAGÈRES

Toutes les villes, quel que soit le chiffre de leur population, ont deux devoirs de premier ordre à remplir envers leurs habitants. Elles doivent leur fournir de l'eau de bonne qualité et en abondance; elles doivent les débarrasser promptement de leurs immondices, c'est-à-dire de leurs eaux vannes et de leurs ordures ménagères.

Les premières s'en vont aux égouts, les autres sont enlevées tous les matins par les tombereaux de la ville; mais, dans les grands centres, on ne sait que faire des quantités énormes qui s'en produisent chaque jour. A Paris, le volume de ces détritus s'élevait, en 1889, à 2,584 mètres cubes par jour. Il fallait, pour les enlever, 550 tombereaux traînés par 1,075 chevaux et la ville payait 1,761,940 francs aux seize adjudicataires chargés de les transporter dans sa banlieue (1).

Aux termes de leurs cahiers des charges, ces entrepreneurs sont tenus de déposer les gadoues à 100 mètres des routes et à 200 mètres des habitations. Ces limites sont insuffisantes, et pourtant elles ne sont pas respectées. Les boues sont venues sur le bord des chemins, au milieu des centres de population. Elles s'y putréfient à l'air libre en attendant qu'elles passent de l'état de *gadoue verte* à l'état de *gadoue faite*. Cette transformation met cinq ou six mois à s'opérer et, pendant ce temps-là, on les arrose avec de l'eau de vidange pour augmenter leur richesse et leur donner le parfum recherché des agriculteurs (2).

Les dépôts de voirie, de concert avec les dépotoirs de la banlieue, soufflent sur Paris les exhalaisons empestées dont tout le monde souffre pendant l'été et qui, par certains vents, arrivent jusque dans les quartiers du centre.

Les communes de la banlieue se plaignent incessamment de cette infection; le Conseil d'hygiène et de la salubrité de la Seine a plusieurs fois appelé l'attention du Préfet de police sur les dangers qui en résultent; mais tous les efforts de l'Administration sont venus échouer devant la force d'inertie des entrepreneurs et l'insuffisance des peines qui peuvent leur être appliquées. Le Conseil municipal, de son côté, a fait tout ce qui dépendait de lui pour apporter à cet état de choses un remède plus radical.

(1) *Annuaire de la ville de Paris pour* 1889, p. 37.

(2) Docteur Du Mesnil, « Les dépôts de voirie dans la banlieue de Paris » (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1882, t. IV, p. 37).

A diverses reprises, il a fait, par les différentes Compagnies de chemins de fer, des démarches pour obtenir d'elles le transport des gadoues à prix réduit jusqu'aux régions de grande culture où elles pourraient être utilisées comme engrais, et, l'année dernière, les Compagnies d'Orléans, de l'Est, du Nord et de l'Ouest ont consenti à transporter les *gadoues* à 100 kilomètres de Paris, d'après un tarif réduit, à la condition que la Ville se chargerait d'établir, à ses frais, les installations nécessaires dans les gares où ces marchandises seront embarquées. La dépense prévue est de 300,000 francs. Le Conseil a approuvé cette convention le 18 juillet 1892, après avoir entendu le rapport de M. Bassinet (1). Les travaux n'ont pas encore commencé. La Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée est la seule qui n'ait pas voulu souscrire à cet arrangement, et le fait est d'autant plus surprenant qu'elle a un marché passé avec la municipalité de Marseille pour transporter *sur une gare quelconque de son réseau* les gadoues provenant du balayage de cette ville, et cela au prix de 0 fr. 025 par tonne et par kilomètre, et de 0 fr. 02 pour chaque tonne au-dessus de 200 (2).

En attendant que l'arrangement du 18 juillet reçoive son exécution, les entrepreneurs se servent des chemins de fer pour transporter les gadoues, lorsqu'ils en trouvent le placement à petite distance de Paris et dans des conditions assez avantageuses pour compenser le prix du transport. Mais cela ne se fait que sur une très petite échelle et ne diminue que d'une manière bien peu sensible le *stock* contenu dans les dépôts de voirie.

La Ville a fait également, l'année dernière, une tentative dans un autre sens. Elle a concédé à M. Gustave Delfosse, ingénieur sanitaire, l'incinération des immondices des Xe et XIXe arrondissements. Ce n'est pas la première fois qu'il est question à Paris de ce mode de destruction des ordures ménagères. En 1885, un entrepreneur de voirie, M. Alasseur, proposa à la Ville un procédé d'incinération qui permettait d'utiliser les cendres et les résidus. Il fut repoussé parce que les ingénieurs André et Joumet établirent que, pour appliquer ce système à toutes les gadoues de Paris, il faudrait construire 200 fours à 30,000 francs l'un, et que la dépense annuelle de fonctionnement s'élèverait à 3,500,000 francs.

L'incinération des ordures ménagères est pourtant adoptée depuis longtemps dans plusieurs grandes villes d'Angleterre. Les premières tentatives furent faites, il y a une vingtaine d'années, à Manchester, par Whiley, et n'eurent pas de succès. Vryer fut plus heureux en 1877, époque où son système a commencé à fonctionner à Birmingham. Depuis lors, on a inventé une foule d'appareils pour atteindre le même but et, aujourd'hui, les produits du balayage et les ordures ménagères sont brûlés dans une quinzaine de villes d'Angleterre.

Les essais d'incinération ont commencé en Amérique en 1885, et cette industrie a fait de grands progrès depuis six ans, principalement aux Etats-Unis et au Canada. Dans les annonces des journaux de médecine, on voit souvent figurer des modèles *destructors* pour les particuliers. Chicago possède un crématoire municipal qui a coûté 10,000 dollars et se propose

(1) *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris*, numéro du 19 juillet 1892, p. 1778.

(2) Chemins de Paris à Lyon et à la Méditerranée. Annexe n° 1 au tarif spécial (P.V) n° 22.

d'en construire d'autres. Milwaukee, qui a la prétention d'avoir inventé le système, a consumé en cinq mois 40,225 livres d'ordures, qui ont donné 5,000 livres de cendres (1).

Toutes les villes ne procèdent pas de la même façon. Il en est comme Derby, Ealing, Halb, Leech, Blackburn, Bradford, Washington, Salford, qui brûlent intégralement tous les produits du balayage et tous les résidus domestiques; dans d'autres localités comme Nottingham, Leeds, Manchester, Bolton, Glascow, New-York, on commence par faire un triage. On met à part les morceaux de métal, les os et les chiffons; la boue des rues, le fumier de cheval sont vendus aux agriculteurs; les morceaux de verre, de vaisselle, les petits cailloux servent à empierrer les chaussées; les papiers, les chiffons sont vendus aux industriels et le reste, constituant un bon tiers de la masse totale, est mis au four. Ce partage s'opère à Glascow à l'aide d'une installation très curieuse établie dans Crawfort-Street en 1881, et longuement décrite par Heuser, architecte municipal d'Aix-la-Chapelle.

L'appareil le plus usité en Angleterre est celui de Manlow Alliot et Kryer. Les matières à détruire sont brûlées soit ensemble soit en deux lots séparés. Dans ce dernier cas, celles qui ne contiennent guère que des substances minérales, dont une partie seulement est combustible, sont incinérées dans un four appelé *destructor*; les autres sont transformées dans un appareil spécial nommé *carbonisateur*. Cette installation a été décrite et figurée dans le *Génie civil* (t. VI, p. 13) et reproduite par M. E. Richard dans son *Précis d'hygiène appliquée* (p. 68). Nous n'y insisterons pas davantage.

L'installation de M. Defake, auquel la ville de Paris a concédé l'incinération des immondices des X[e] et XIX[e] arrondissements se compose de plusieurs batteries de fours dont l'activité est continue. Les cendres tombent sous les grilles mobiles du foyer et les produits gazeux de la combustion, sous l'attraction d'un aspirateur énergique, passent et se dissolvent dans l'eau d'un condenseur. Dans chaque batterie, un four à reverbère est maintenu à une température plus élevée, pour détruire, au fur et à mesure de leur apport, tous les produits contaminés ou infectieux.

La possibilité de détruire instantanément les objets de literie, les vêtements infectés, les cadavres des animaux suspects est un des avantages les plus précieux de ces fours à incinération. Il est donc à désirer que l'arrangement que cet ingénieur a conclu avec la ville reçoive son exécution. Cet essai sera très intéressant. Quand il s'agit de se débarrasser d'une quantité aussi considérable d'ordures, il ne faut pas vouloir s'attacher quand même à une solution unique et l'appliquer de parti pris à la ville tout entière.

Les questions se simplifient par la multiplicité des solutions. Tel moyen peut convenir à une région, à un quartier, qui ne saurait s'appliquer à un autre. Il me semble impossible que l'incinération puisse être adoptée pour tout Paris. Elle est trop dispendieuse pour cela; elle a d'ailleurs un inconvénient capital, c'est de détruire un produit précieux, un fumier d'une richesse incomparable, dans un pays qui n'en possède pas assez. Nous n'en avons que 118 milliards de kilogrammes pour 33 millions d'hectares de terres arables, tandis que l'Angleterre en a 115 milliards pour 9 millions et demi d'hectares. Nous disposons donc, toute proportion gardée, de

(1) S. Arnould, *Encyclopédie d'hygiène*. T. 111, p. 124.

quatre fois moins de fumier que notre voisine; aussi, notre rendement n'est-il que de 15 hectolitres à l'hectare et nous sommes obligés d'importer tous les ans 20 millions d'hectolitres de blé, représentant une somme d'environ 400 millions de francs. Dans ces conditions, on ne peut pas, de gaieté de cœur, perdre par an, pour une seule ville, près de deux milliards de kilogrammes d'un excellent fumier.

La solution la meilleure, celle qui prévaudra certainement, consiste à transporter les ordures ménagères par la Seine ou par les chemins de fer jusqu'aux endroits où elles peuvent être utilisées et de réserver l'incinération pour des cas spéciaux que l'expérience déterminera.

J. ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 janvier. — Présidence de M. FERNET.

SOMMAIRE : *Lésions cardiaques multiples sans troubles fonctionnels sérieux. — Choléra et fièvre typhoïde. — Influence néfaste de l'érysipèle sur l'évolution de la phtisie pulmonaire. — Des arthrites rhumatismales dans l'érysipèle.*

M. BARTH présente à la Société le cœur d'une femme de 29 ans morte, à l'hôpital Broussais, de broncho-pneumonie. Dans son enfance, cette femme avait présenté des signes de **cardiopathie**; au mois de juin dernier, elle fut atteinte de rhumatisme articulaire subaigu pour lequel elle entra à l'Hôtel-Dieu ; à ce moment, on reconnut l'existence d'un rétrécissement mitral.

Quelque temps après, elle rentra à l'hôpital pour de la bronchite avec accès de dyspnée. A ce moment, on trouva le cœur volumineux; à la base, un double souffle d'insuffisance et de rétrécissement aortiques; le foie est peu volumineux; il y a des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons. Peu à peu, les symptômes s'aggravent; la malade est cyanosée, il y a un peu d'œdème des membres inférieurs et une légère quantité d'albumine dans les urines ; on trouve dans les deux poumons des foyers de broncho-pneumonie; la malade finit par succomber.

M. Barthe montre sur le cœur de cette malade les lésions suivantes : hypertrophie considérable, rétrécissement très prononcé de l'orifice tricuspidien, rétrécissement mitral, adérences des valvules sigmoïdes de l'aorte produisant, avec une insuffisance, un rétrécissement tel de l'orifice qu'on peut à peine y faire pénétrer un instrument de 4 à 5 millimètres de diamètre. L'orifice pulmonaire seul était sain.

M. Barth fait remarquer que, malgré des lésions si considérables, la malade vivait; les rétrécissements des divers orifices s'étaient sans doute produits parallèlement et il s'était établi entre eux une sorte d'équilibre.

— M. GALLIARD, parmi les cholériques qu'il a soignés au bastion 36 pendant la dernière épidémie, a observé deux cas de **superposition du choléra à la fièvre typhoïde.**

Ces deux malades, arrivés à la période de déclin du choléra, présentèrent des symptômes qu'on ne pouvait attribuer à aucune des complications connues de l'affection, mais qui, au contraire, démontraient l'existence d'une dothiénentérie.

On peut ainsi résumer les conclusions que M. Galliard tire de son observation :

On sait que les épidémies de fièvre typhoïde s'aggravent pendant les épidémies de choléra.

Le choléra survenant au début d'une fièvre typhoïde peut en arrêter le cours ; la fièvre typhoïde cède le pas au choléra, mais elle reprend ses droits quand celui-ci est terminé.

La fièvre typhoïde existant dans les antécédents éloignés ne semble pas prédisposer au choléra et n'en modifie pas l'évolution ni l'aspect.

M. Netter : La coïncidence du choléra et de la fièvre typhoïde a été observée dans certaines localités pendant la dernière épidémie. La fièvre typhoïde a été fréquente aux environs de Paris ; on comprend, en effet, que l'eau peut être contaminée à la fois par les agents des deux affections.

A Sarcelle, où la mortalité a atteint, pendant l'épidémie cholérique, un chiffre considérable par rapport à la population — (240 décès pour 10,000 habitants, tandis qu'elle était à Hambourg de 122 pour 10,000 habitants et de 60 seulement pour 10,000 aux environs de Paris) — le docteur Galvani, qui a eu à soigner un grand nombre de fièvres typhoïdes, n'a pas cité un seul cas de coïncidence des deux affections. A Argenteuil, où il y a eu, vers la fin de l'épidémie cholérique, une épidémie sévère de fièvre typhoïde, M. le docteur de Brissac n'a pas constaté non plus un seul cas de coïncidence des deux affections. M. Netter pense donc que ce qui s'observe surtout c'est la coïncidence dans une même localité, mais non chez les individus. Cependant, cette coïncidence peut exister, puisque M. Galliard vient d'en rapporter deux cas.

M. Chantemesse pense, en étudiant les courbes de température des deux malades de M. Galliard et en considérant la date d'apparition des taches rosées, que la fièvre typhoïde a commencé après le choléra et qu'on ne peut pas dire que celui-ci ait suspendu l'action de l'infection typhique. Le choléra a probablement, chez ces malades, favorisé l'invasion du bacille d'Eberth ; c'est d'ailleurs ainsi qu'agissent le coli-bacille, le streptocoque.

M. Gaillard croit que ce n'est pas à l'hôpital que ses malades ont contracté la fièvre typhoïde ; le germe de cette affection existait donc chez eux en puissance avant leur entrée à l'hôpital.

M. Rendu : Il paraît résulter de cette discussion qu'il se produit pour le choléra et la fièvre typhoïde ce qui a été démontré déjà pour les fièvres éruptives. Tout le monde a observé chez un même individu la coexistence de deux fièvres éruptives : la rougeole et la varicelle, par exemple. Plusieurs microbes peuvent donc s'emparer de l'organisme sans s'exclure et évoluer chacun suivant sa manière propre. C'est un nouveau et très intéressant chapitre de pathologie générale.

M. Comby : Deux fièvres éruptives peuvent coïncider ; mais, dans quelques cas, la dernière développée a une action suspensive sur la première. M. Comby a déjà rapporté un cas de cette nature.

— M. Comby : Un médecin allemand, Schüffer, a publié, en 1890, un cas de guérison à la suite d'un **érysipèle** de la face, d'une **tuberculose pulmonaire** avancée. Mais, ainsi que l'a dit M. Daremberg, ce seul fait ne suffit pas pour que l'on puisse conseiller des essais de traitement de la phtisie pulmonaire par les injections sous cutanées de culture pure de streptocope.

Et, en effet, voici un fait dans lequel un érysipèle grave, loin d'atténuer la virulence du bacille de Koch, a exalté cette virulence et a ainsi hâté la mort du malade.

Un jeune homme de 20 ans entre le 6 décembre dernier à l'hôpital Tenon pour des hémoptysies assez abondantes ; il est pâle et affaibli ; sa température oscille entre 37° et 38°. Son père est mort probablement tuberculeux, quatre de ses frères ou sœurs sont morts jeunes. L'examen des poumons révèle un peu de submatité sous la clavicule droite et quelques craquements à ce niveau ; rien ailleurs. On prescrit un julep diacode, six pilules contenant chacune dix centigrammes de créosote et des ventouses sèches.

L'état générale était assez satisfaisant quoique l'appétit restât languissant et qu'il y eût des sueurs nocturnes. Quinze jours après, la température monte tout à coup à 40°5, le malade perd l'appétit, le sommeil et accuse des douleurs dans le dos. On découvre alors une large plaque érysipélateuse occupant toute la région. En cherchant l'origine de cet érysipèle on apprend que la veilleuse du service est atteinte d'un érysipèle grave de la face.

Pendant huit jours, la température reste au-dessus de 40°, malgré l'emploi de la quinine, de l'acide salicylique, de l'antipyrine; le pouls bat 120, 130 fois à la minute. La langue est saburrale, l'anorexie est absolue et le malade a de fréquents vomissements. L'érysipèle envahit le cou, la face, les membres supérieurs ; il n'est pas limité par un rebord saillant et ne présente pas de phlyctènes.

Cependant, vers le 30 décembre, il ne reste plus qu'une plaque insignifiante au niveau du coude gauche; la température est tombée à 37°8. Mais, en même temps que l'érysipèle décroît et guérit, l'état du malade s'aggrave : la respiration s'embarrasse, la poitrine se remplit de râles sibilants, sous-crépitants et crépitants. Il est absolument évident que la tuberculose a reçu une impulsion nouvelle.

A partir du 2 janvier, le malade est en proie à une véritable orthopnée; l'auscultation fait entendre partout des râles sonores et humides, l'expectoration devient abondante, elle est aérée et muco-purulente. Après quinze jours de lutte, le malade meurt asphyxié.

A l'autopsie, on trouva une petite caverne au sommet du poumon droit; c'est la lésion initiale; en outre, les deux poumons sont farcis, dans toute leur étendue, de tubercules crus et caséeux, avec lésions multiples de broncho-pneumonie tuberculeuse. Le foie et la rate sont volumineux, les reins sont sains.

Donc, chez ce malade atteint d'une tuberculose à début banal, à marche lente, survient un érysipèle grave, ambulant, serpigineux. Cet érysipèle guérit en quinze jours; mais sous son influence la phtisie prend une marche aiguë et le malade est enlevé en quelques semaines.

On voit donc qu'il serait téméraire de fonder quelque espoir sur l'antagonisme, admis par quelques auteurs, entre le streptocoque et le bacille de Koch. On a dit aussi que le streptocoque est antagoniste du bacille de Klebs et Loeffler. C'est une illusion que M. Comby se refuse à partager. On peut en dire autant du bacterium termo que Cantani a voulu opposer au microbe de la tuberculose. La rencontre des microbes dans l'organisme est plus souvent défavorable à l'homme que favorable.

M. Richardière n'a constaté aucune aggravation ni aucune amélioration chez deux tuberculeux atteints d'érysipèle de la face.

M. Catrin : Un érysipèle de la face survenu chez un tuberculeux avancé n'a amené aucune modification de la tuberculose.

M. Le Gendre, dans plusieurs cas qu'il a observé à St-Antoine, a toujours vu la tuberculose prendre des allures plus rapides après l'érysipèle. Les poussées fébriles deviennent plus fréquentes et plus persistantes; l'aggravation se constate nettement surtout quand on peut suivre pendant assez longtemps les malades. L'érysipèle doit donc être

considéré comme une circonstance aggravante de la tuberculose.

M. Comby : Dans les cas de MM. Richardière et Catrin, il s'agissait d'érysipèles bénins. Mais c'était ici un érysipèle grave, très envahissant, et il a eu certainement une influence néfaste sur la marche de la tuberculose préexistante.

— M. Richardière : Les **manifestations articulaires** que l'on peut voir survenir au cours de l'**érysipèle** se divisent en trois classes distinctes.

Dans la première, une arthrite, ordinairement unique et suppurée, apparait dans le cours ou pendant la convalescence de l'érysipèle; c'est manifestement une arthrite infectieuse, siégeant dans une articulation plus ou moins éloignée de la plaque érysipélateuse.

Dans la deuxième, l'arthrite est une complication locale de l'érysipèle; elle est due à son extension aux tissus profonds et à l'envahissement par le streptocoque de la séreuse sous-jacente à la plaque érysipélateuse. Il s'agit, là aussi, d'arthrite suppurée, avec phénomènes locaux graves, et résistant au salicylate de soude.

Dans la troisième variété, au contraire, ce sont des arthrites bénignes, multiples, mobiles et cédant rapidement au salicylate de soude. De plus elles ne se montrent ordinairement que chez des individus ayant eu antérieurement des attaques de rhumatisme articulaire aigu. Il s'agit donc alors d'une manifestation de nature rhumatismale n'ayant avec l'érysipèle que des rapports occasionnels. Celui-ci agit en réveillant la diathèse, comme le feraient le froid, le traumatisme.

M. Richardière a observé trois faits qui viennent à l'appui de cette théorie.

Chez ces trois malades, c'est au moment de la défervescence de l'érysipèle que les premières manifestations du rhumatisme articulaire aigu ont apparu. Ce rhumatisme post-érysipélateux a été dans les trois cas d'intensité moyenne; chez deux des malades, cependant, il a déterminé un peu de péricardite sèche et une endocardite légère.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 janvier 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : Difformités de la peau chez les dégénérés. — Influence des compressions sur le tissu adipeux sous-cutané. — Mécanisme de la station debout. — La mort par l'électricité. — Défibrination du sang. — Complications péritonéales de la variole.

Entre autres stigmates, les épileptiques et les dégénérés en général présentent fréquemment des *difformités congénitales* de la peau. M. Féré, sur 167 malade, a relevé 1,100 difformités variées, nœvi, molluscum, etc. A Saint-Louis, dans un milieu cependant bien spécial, M. Hallopeau n'a constaté les mêmes lésions cutanées que chez 48 p. 100 des malades, tandis que M. Féré arrive à un pourcentage de 82,60 p. 100. Il faut remarquer la rareté des altérations dans le segment inférieur du membre inférieur.

— M. Féré a mesuré, dans certaines régions, la *diminution d'épaisseur du tissu sous-cutané sous l'influence des compressions* mêmes temporaires. Il montre qu'au bas des jambes, juste au niveau de la bottine, il y a un ressaut tenant à une brusque diminution d'épaisseur du passicule adipeux. Chez les femmes, les jarretières produisent un sillon bien caractéristique.

— On a beaucoup discuté pour savoir si, dans la *station droite*, il y avait ou non une contraction des muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le

bassin. M. Richer a remarqué que la contraction du triceps, que celle du grand fessier se traduisaient par des modifications dans les formes extérieures. C'est ainsi que, lorsque le triceps est au repos, il apparaît un bourrelet au-dessus et au-dedans du genou ; ce bourrelet disparaît quand le muscle est en action. De même, la contraction du fessier creuse la partie externe de la fesse. Or, lorsque l'on examine un sujet debout et en équilibre normal, le bourrelet sous-rotulien existe et la fesse ne se creuse pas. On peut conclure de ce fait que les muscles triceps et grand fessier restent dans le relâchement pendant la station debout, et que les frères Weber étaient dans le vrai lorsqu'ils affirmaient que, dans cette position, le centre de gravité des parties situées au-dessus du genou est sur une verticale passant au-devant de l'articulation.

— M. d'Arsonval, au nom de M. Charrin et au sien, décrit les expériences qui prouvent que, lorsque le bacille pyocyanique arrête l'action de la levure de bière sur le sucre, il s'agit d'une concurrence vitale; les produits sécrétés par le microbe ne sont pour rien dans l'action d'arrêt.

Ce fait est d'autant plus intéressant, ainsi que le fait remarquer M. Dastre, que la levure a peu de concurrents.

— M. Birout a tout récemment consacré un travail important à l'étude des *accidents résultant de l'emploi industriel des courants à haute tension*, accidents très souvent mortels. La décharge d'un condensateur peut entraîner la mort par destruction mécanique des tissus; au contraire, les courants alternatifs sont redoutables par suite de leur action inhibitrice sur la respiration, le cœur ou les échanges. Presque toujours, alors, on peut rappeler l'individu atteint à la vie en pratiquant la respiration artificielle. En Amérique, où, comme on le sait, on a adopté l'électrocution pour exécuter les condamnés à mort, jamais on n'a osé pratiquer ce mode de respiration. Du reste, à l'autopsie des suppliciés, on ne trouve d'autre lésion que des bosselures au niveau des points d'entrée et de sortie du courant.

— M. Dastre a poursuivi des expériences sur la *défibrination totale du sang*. Il est possible de parvenir à remplacer le sang normal qui circule dans les vaisseaux d'un chien par du sang rendu incoagulable à la suite de la défibrination. Cette incoagulabilité est due à la disparition du fibrinogène, qui reparaît, du reste, très vite dans le liquide, de telle sorte que, le lendemain, on peut extraire du sang plus de fibrine qu'avant le début de l'expérience.

— M. Arthaud a trouvé dans des œufs de poule le bacile pyocyanique et le parasite de l'actinomycose.

— Les *complications péritonéales de la variole* sont assez rares. M. Auché (de Bordeaux), dont la note est lue par M. Coyne, en a cependant observé deux cas.

Dans le premier cas, il s'agit d'une péritonite purulente généralisée, survenue pendant la période de suppuration d'une variole cohérente, chez une jeune fille de 19 ans. Deux espèces de microbes sont trouvés dans l'exsudat; le streptocoque pyogène et le staphylocoque doré. Les organes génitaux internes et externes et les autres viscères abdominaux ne peuvent être accusés d'avoir déterminé la suppuration péritonéale, il faut admettre que les microbes pyogènes ont été transportés par la circulation sanguine.

Dans le second cas, l'autopsie d'une femme de 39 ans, morte après la desquamation d'une variole discrète, a démontré à M. Jonchère, interne des hôpitaux, qui a pratiqué l'autopsie, l'existence d'une suppuration des ovaires et d'une pelvipéritonite suppurée. Le staphylocoque pyogène existait seul dans le pus.

Paul Chéron.

D'un agent important de la médication analeptique et de la meilleure manière de s'en servir,

par M. le Dr Nérand.

Je veux parler du phosphate de chaux.

Le domaine thérapeutique du phosphate de chaux est considérable et ses indications multiples.

Dans nombre d'états généraux diathésiques, d'affections organiques, d'altérations des tissus ou de simples lésions localisées, son usage est justifié, utile, nécessaire, souvent indispensable et son action curative sûre et indiscutée.

Est-il besoin de rappeler le rôle qu'il peut et doit jouer dans la nutrition normale et l'entretien physiologique du corps humain ? Élément primordial de la charpente osseuse, il tient une grande place dans l'alimentation journalière, première indication pour le praticien attentif, qui en recommandera l'usage à la jeune mère pendant l'allaitement pour fournir à son lait les meilleurs matériaux d'ossification, et à l'enfant pendant ces périodes de croissance rapide qui réclament des apports minéraux que les *ingesta* ordinaires ne comportent pas.

Mais cela regarde l'hygiène alimentaire.

Le phosphate de chaux n'est pas qu'un aliment, il est surtout un médicament, et non des vulgaires. Tonique, antidéperditeur, reconstituant et même substitutif, il devient aussi nécessaire que les ferrugineux, l'huile de foie de morue et les bains de mer dans la chlorose et la scrofule, indispensable, je n'ose pas dire spécifique, dans le rachitisme et l'ostéomalacie.

Il provoque ou active, c'est démontré, la formation des cals et guérit la carie osseuse en enrayant la dégénérescence graisseuse des ostéoplastes.

Dans cet ordre de faits, ne peut-on lui demander de modifier la dégénérescence caséeuse du tubercule, et, par l'infiltration phosphoto-calcaire, d'arrêter ou suspendre l'évolution de ce dernier ?

Ce n'est pas impossible et les dépôts crétacés trouvés dans les poumons des tuberculeux sont là pour démontrer que la méthode pourrait être aussi expérimentale que rationnelle.

Quoiqu'il en soit, les bons effets du phosphate de chaux chez les phtisiques ne sont pas douteux.

Grâce à lui le poitrinaire mange mieux et sue moins; de là augmentation de la recette et diminution de la dépense ou pour mieux dire de la déperdition, et je n'aurai pas de peine à convaincre mes confrères que c'est encore là aujourd'hui ce qui assure le plus de survie aux malheureux, en attendant que la médication antibacillaire soit trouvée et ait fait ses preuves.

Loin de ma pensée de faire de lui un agent microbicide ou antiseptique ; cependant il est bon d'observer que si le phtisique qui en fait l'emploi se porte mieux, c'est qu'il y a arrêt et même rétrocession dans le processus morbide, c'est que le phosphate de chaux devient un des meilleurs facteurs de cette médication que mon vénéré maître, le professeur Peter, a dotée du nom de médication « bacille empêchante »; c'est que, s'il ne tue pas le microbe, il l'empêche de prospérer, de se multiplier, de vivre, ce qui n'est pas loin d'être la même chose.

Donc, conseiller les phosphates dans l'allaitement et la croissance hâtive, les ordonner dans le rachitisme, la scrofule, la chlorose, la carie, les fractures, la phtisie, l'anorexie et la déchéance générale sont des conclusions que je n'ai pas besoin de formuler.

Il reste un point à éclaircir. Pour l'administration de ce précieux agent, comme en matière de bienfaisance en général, la façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne.

Passant par la voie stomacale, pour être assimilé et produire tous ces effets, il doit ne gêner en rien les fonctions digestives, mais les favoriser. Partant de là, on doit rejeter les préparations à base de bi-phosphate gélatineux, qui, très souvent impures, variables dans leur composition, fatiguent l'estomac par leur extrême acidité, sont difficiles à doser et susceptibles de nombreuses altérations.

Le bi-phosphate de chaux cristallisé chimiquement pur (1 gramme correspond environ à 2 grammes de bi-phosphate gélatineux) *en solution inaltérable* doit *seul* être ordonné, dans les cas où l'estomac fonctionne convenablement.

S'il existe des troubles gastriques, on donnera le chlorhydro-phosphate de chaux de préférence au lacto-phosphate ou autres composés analogues, car il est démontré aujourd'hui que l'acide chlorhydrique est l'acide normal de l'estomac et que la chlorhydro-thérapie est le plus efficace des traitements des dyspepsies, les autres acides de l'estomac n'étant que des produits de décomposition, et non des agents de la digestion.

Parmi les préparations pharmaceutiques à base de bi-phosphate de chaux cristallisé ou de chlorhydro-phosphate de chaux chimiquement pur qui sont recommandées au monde médical, j'ai cru devoir adopter, après essais, les *Solutions* HENRY MURE *simples ou arséniées* renfermant 1 gramme de sel calcaire et 1 milligramme d'arséniate de soude, par cuillerée à soupe.

Pureté parfaite, dosage mathématique, faible acidité, *inaltérabilité absolue* (1), efficacité puissante et durable, *prix modéré*, telles sont les qualités susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, qui, dans ma pratique médicale, me font donner aux *Solutions* HENRY MURE la préférence sur toute autre préparation similaire.

J'ajouterai que l'heureuse association de l'arsenic augmente la puissance du remède, et simplifie utilement l'ordonnance dans le traitement des herpétiques, scrofuleux, phtisiques et dans les cas nécessitant son emploi.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de thérapeutique, par M. le professeur G. HAYEM. — *Les Médications*, 4e et dernière série, Masson, 1893.

Ce volume clôt la série des leçons faites par le professeur de thérapeutique sur les médications.

L'étude de la médication antidyspeplique forme à elle seule les trois quarts du livre. On voit que l'auteur l'a traitée avec un soin tout particulier ; c'est un des chapitres les plus importants de l'œuvre tout entière ; c'est à coup sûr le plus personnel, le plus original.

(1) Les préparations à base de bi-phosphate de chaux s'altèrent rapidement après quelques jours de fabrication. La maison HENRY MURE, par un procédé spécial, personnel, difficile à suivre dans les officines, est parvenue à les rendre absolument inaltérables sans le secours d'antyseptiques nuisibles tout en exaltant leur valeur thérapeutique.

Après un coup d'œil d'ensemble sur nos connaissances actuelles touchant la dyspepsie, M. le professeur Hayem aborde l'étude de l'élément morbide commun: dyspepsie. Il décrit successivement les types chimiques de la dyspepsie, les diverses variétés de la dilatation gastrique, la pathogénie des dyspepsies, etc. Nous ne pouvons ici suivre l'auteur dans tous les détails; disons, toutefois, que les moyens thérapeutiques qu'il conseille sortent complètement de l'empirisme et découlent tout naturellement des données véritablement scientifiques fournies par la clinique et la physiologie. En un mot, c'est un traité à la fois théorique et pratique de la dyspepsie telle qu'on la comprend aujourd'hui.

Le livre se termine par la description des médications : antidyspnéique, de la toux, expectorante, de l'albuminerie, de l'urémie et antisudorale, mises au courant des découvertes les plus récentes. — M.-M.

Guide de thérapeutique générale et spéciale, par MM. AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris; BROCQ, médecin des hôpitaux; CHAPUT, chirurgien des hôpitaux; DELPEUCH, médecin des hôpitaux; DESNOS, ancien interne des hôpitaux; LUBET-BARBON, ancien interne des hôpitaux; TROUSSEAU, oculiste aux Quinze-Vingts. — O. Doin; Paris, 1893.

Les différents auteurs de cet élégant volume de 700 pages se sont efforcés de condenser dans le moins de lignes possible, et en suivant l'ordre alphabétique, toute la thérapeutique générale et spéciale; et comme il est impossible de recommander une médication sans analyser les symptômes principaux de l'affection qu'on veut traiter; ils ont été amené à formuler des indications. On voit donc que ce guide est d'une grande utilité pour le praticien.

Le nom seul des collaborateurs suffit pour en assurer le succès, qui sera d'autant plus grand que ce volume se présente d'une façon charmante sous une élégante et solide reliure de maroquin rouge-brun. L'ordonnance de ce joli livre fait le plus grand honneur à son éditeur; ce n'est du reste que l'avant-coureur d'une série qui comprendra toute la thérapeutique médicale et chirurgicale.

COURRIER

La Faculté a procédé dans sa dernière réunion aux votes pour la place de professeur laissée vacante par la retraite de M. Verneuil.

M. Terrier a été placé en première ligne, avec 28 voix et 2 bulletins blancs.

M. Berger, en seconde ligne, par 30 voix, sur 30 votants.

M. Terrillon, en troisième ligne, par 17 voix.

Les autres votes se sont portés sur MM. Monod et Reclus.

Dans cette même séance, M. Brouardel a été maintenu dans ses fonctions de doyen de la Faculté.

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination de trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices de Paris, sera ouvert le lundi, 27 février 1893, à midi. Le registre d'inscription sera ouvert le 1er février 1893, et sera clos définitivement le lundi 13 du même mois à trois heures.

— Il est question de modifier encore les épreuves du concours du Bureau central en médecine, et de rétablir l'épreuve de la consultation écrite qui avait été supprimée lors du dernier remaniement.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin, au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices de Paris, sera ouvert le 27 février 1893 à midi.

Le registre d'inscription sera ouvert le mercredi 1er février 1893, et sera clos définitivement le lundi 13 du même mois, à trois heures.

CONFÉRENCES CLINIQUES DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Le Dr Raymond a repris jeudi dernier ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux et les continuera tous les jeudis à dix heures du matin, à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseaux.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — Le jury du concours qui s'ouvrira à Brest, le 20 février prochain, pour un emploi de professeur de chimie à l'Ecole de médecine navale, est composé de MM. le directeur du service de santé Brassac, les pharmaciens en chef Bavay et Chalmé, le pharmacien principal Rouhaud.

M. le médecin principal Jacquemin, médecin-major du 3e régiment d'infanterie de marine, passe au 8e régiment à Toulon, en remplacement de M. le docteur Ritt, appelé à la mer.

M. le médecin de 1re classe Brou-Duclaud débarque du *Courbet* et rallie Rochefort.

M. le médecin de 1re classe Thomas, débarqué du *Thibet*, rallie Lorient.

M. le médecin de 1re classe Théron sert au 5e dépôt des équipages, en remplacement de M. le médecin principal G. Roux, qui a reçu une destination à la mer.

M. le médecin de 1re classe de Biran, destiné au régiment de tirailleurs annamites, se rendra à Saïgon par le paquebot de Marseille du 19 mars, au lieu de prendre passage sur le transport du 1er février.

HOPITAL ST-LOUIS. — SERVICE DE M. LE Dr RICHELOT. — M. Richelot commencera ses leçons cliniques le mercredi 8 février 1893, à 9 heures et demie, et les continuera les mercredis suivants.

A partir du 1er février, les travaux du service seront organisés comme il suit :

Lundi. — Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.

Mardi. — Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (salle Denonvilliers).

Mercredi. — Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opérations.

Jeudi. — Opérations abdominales (chalet).

Vendredi. — Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.

Samedi. — Opérations abdominales (chalet).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

LES COMPLICATIONS PLEURO-PULMONAIRES DE L'AMYGDALITE AIGUE

par H. Richardière, médecin des hôpitaux.

Les travaux du professeur Bouchard et de Kannenberg sur les néphrites infectieuses et l'albuminurie dans les amygdalites aiguës, les leçons de Landouzy et les mémoires d'un certain nombre d'auteurs contemporains, ont établi d'une manière incontestable la nature infectieuse des amygdalites aiguës.

L'opinion de Lassègue, qui considérait l'amygdalite aiguë comme une maladie générale, se trouve actuellement vérifiée et appuyée par des arguments qui paraissent tout à fait démontratifs.

L'histoire clinique des amygdalites aiguës fournit, en effet, des preuves nombreuses et importantes de leur nature infectieuse. Parmi ces preuves, il suffit de rappeler, en première ligne, l'intensité de la fièvre et l'élévation de la température qui dépasse souvent 40 degrés ; la brusquerie du début et de la terminaison du processus fébrile. Les symptômes généraux, le plus souvent très accentués, tels que l'abattement général, la brisure des membres, la céphalalgie, le délire parfois chez les jeunes sujets, sont également en rapport avec une infection générale. Ces symptômes sont beaucoup plus marqués que ne le comporte l'inflammation simple d'un organe tel que l'amygdale. De plus, dans un certain nombre d'épidémies, la contagiosité de l'amygdalite aiguë a été mise en évidence par Mayenc, Dubousquet-Laborderie, Daucher, Tissier et par nous-même, dans une épidémie développée sous nos yeux (1).

On doit donc admettre que les manifestations gutturales constituant l'amygdalite ne sont, dans la plupart des cas, que les déterminations locales d'une infection générale. Dans un certain nombre d'infections, mal connues comme cause et comme origine, l'amygdalite est le siège de la détermination locale de l'infection, comme le poumon est le siège ordinaire de la détermination locale dans l'infection par le pneumocoque.

Dans les amygdalites aiguës, l'amygdale est ordinairement le seul siège des déterminations appréciables de l'infection. Le plus souvent, il n'y a pas d'autres manifestations viscérales. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Comme les autres maladies générales, les amygdalites aiguës peuvent s'accompagner de complications ou plutôt de déterminations viscérales multiples.

Quelques-unes de ces déterminations sont actuellement bien connues.

(1) Voir *Sem. méd.* 1891.

Telle est la néphrite signalée par le professeur Bouchard; l'augmentation de volume du foie et de la rate observée par Dubousquet-Laborderie; l'orchite et l'ovarite étudiées par Joal ; l'endocardite ulcéreuse, dont Furbringer a vu un cas terminé par la mort.

En plus de ces manifestations viscérales, on a signalé récemment, dans le cours de l'amygdalite aiguë, des complications pleuro-pulmonaires qui donnent à la maladie un caractère de gravité exceptionnelle et apportent un nouvel et puissant argument à l'appui de sa nature infectieuse.

Les complications pleuro-pulmonaires de l'amygdalite aiguë, mentionnées pour la première fois par Fraënkel, en Allemagne, ont été mises en évidence par les intéressantes communications de Hanot, de Féréol et de Rendu, à la Société médicale des hôpitaux. Elles ont fait l'objet de la thèse récente de Constantinescu (1).

Grâce à ces divers travaux, l'attention est maintenant attirée sur ces faits, qu'il nous parait utile de rappeler, car les complications thoraciques forment un chapitre encore peu connu de l'histoire des amygdalites aiguës.

De la lecture des observations publiées par les auteurs qui se sont occupés de la question, il résulte que presque toutes les variétés d'amygdalites aiguës peuvent se compliquer d'accidents pleuraux ou pulmonaires.

Parfois, il s'agit d'une véritable amygdalite phlegmoneuse, comme dans les cas publiés par Boissard et par Rousseau.

Dans d'autres cas, l'amygdalite s'accompagne d'une forme spéciale de suppuration amygdalienne rarement observée en clinique. C'est ainsi que, dans l'observation de Hanot, l'amygdale fut trouvée, à l'autopsie, remplie de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle. Pendant la vie, l'organe paraissait peu altéré. Il était à peine tuméfié.

L'amygdale, altérée, est quelquefois le point de départ d'une suppuration, qui a gagné le tissu cellulaire du voisinage et est descendu jusque dans le médiastin, sans qu'il y ait cependant d'abcès intra ou extra-amygdalien. En pareil cas, ce sont les signes de compression nerveuse et vasculaire, le gonflement et la rougeur du cou qui font diagnostiquer la suppuration pendant la vie du malade.

Les amygdalites avec suppuration ne sont pas les seules qui peuvent être compliquées d'accidents pleuro-pulmonaires. Dans un fait rapporté par Féréol, ce savant observateur a noté expressément qu'il n'y avait pas de signes de suppuration de l'amygdale ou du tissu cellulaire du voisinage. Cependant, l'autopsie du malade observé par Féréol n'ayant pas été faite, on serait en droit d'objecter qu'une suppuration péri ou rétro-pharyngienne a pu passer inaperçue pendant la vie.

Cette objection ne serait pas applicable au cas suivant, observé chez un malade dont j'ai fait l'autopsie. Ce malade avait eu une amygdalite non suppurée, avec fièvre intense et phénomènes généraux graves. Peu de jours après le début de l'amygdalite, les phénomènes généraux avaient pris une intensité excessive. Le malade s'était plaint de souffrir d'un point de côté. Il avait eu de la dyspnée, et on avait constaté l'existence d'un épanchement pleural, à gauche. Bientôt après, il y avait eu de l'empâte-

(1) *De la contagiosité et des accidents pleuro-pulmonaires dans les angines aiguës*, par Constantinescu. (Thèse de Paris.)

ment, de la tuméfaction et de la rougeur au niveau de la région pectorale gauche. Ces signes s'accentuaient les jours suivants et permettaient d'affirmer l'existence d'un abcès volumineux siégeant dans le tissu cellulaire et les muscles de la région. Le malade mourut presque subitement. A l'autopsie, les amygdales, encore volumineuses, ne renfermaient pas d'abcès. Il n'y avait pas trace de suppuration péri-amygdalienne. Il n'y avait pas d'abcès du tissu cellulaire rétro-pharyngien ni du médiastin. La plèvre gauche renfermait environ deux litres de pus; dans la région pectorale gauche, on constatait une suppuration étendue, non collectée, paraissant intéresser le tissu cellulaire et les muscles pectoraux. Cette myosite suppurée, voisine de l'empyème, ne communiquait pas avec lui.

Les symptômes locaux des amygdalites aiguës, compliqués d'accidents pleuro-pulmonaires, sont généralement peu intenses. Rarement, ils font penser à une affection grave de la gorge. Le plus souvent, la gorge est modérément rouge et tuméfiée. Les amygdales sont peu volumineuses, Parfois, leur volume dépasse à peine le volume normal. Dans la plupart des cas, les sécrétions des amygdales ne sont pas exagérées. Ces sécrétions ne se déposent pas en plaques à la surface de l'organe.

Du peu d'intensité des phénomènes locaux, il résulte que les troubles fonctionnels sont peu marqués. Seule, la douleur à la déglutition est généralement assez vive.

Les ganglions lymphatiques du cou sont généralement normaux ou à peine développés (Féréol).

Quand la maladie s'accompagne de suppuration du tissu cellulaire periamygdalien, on peut observer de la tuméfaction avec ou sans rougeur des téguments du cou (Rendu-Bardou).

Ainsi constitués, les symptômes locaux de ces amygdalites diffèrent nettement de ceux qu'on observe dans le phlegmon péri-amygdalien. Cette remarque, qui s'impose par la lecture des observations, mérite d'être faite. Elle montre qu'il n'y a pas d'analogie à établir entre ces amygdalites, véritables infections, plutôt générales qu'amygdaliennes, et le phlegmon péri-amygdalien, maladie qui paraît être le résultat d'une infection locale de l'amygdale. On sait, d'ailleurs, que le phlegmon péri-amygdalien, sujet à des récidives nombreuses, se développe dans des conditions spéciales chez les individus qui ont des amygdales normalement volumineuses, pourvues de cryptes vastes et anfractueuses retenant facilement les microorganismes de la suppuration.

Si on passe en revue les différentes complications pleuro-pulmonaires observées dans les amygdalites aiguës, on voit que la plus fréquente est la pleurésie.

La pleurésie est toujours une pleurésie purulente, si on s'en rapporte aux faits, dans lesquels la nature du liquide a été vérifiée, soit par la ponction faite pendant la vie, soit au moment de l'autopsie. Hanot, qui a pratiqué l'opération de l'empyème dans un cas de ce genre, a retiré de la plèvre un litre de liquide purulent. Le pus renfermait de nombreux streptocoques.

A l'autopsie de l'individu, dont l'histoire est relatée ci-dessus, la plèvre renfermait deux litres environ de liquide louche et floconneux.

La pleurésie peut exister indépendamment de toute complication pulmo-

naire ou s'accompagner de broncho-pneumonie, comme dans le cas de Féréol.

La pneumonie paraît être moins fréquente que la pleurésie. Elle a été observée par Fraenkel et par Bardou. Un malade, cité par Rousseau, a eu une pneumonie, suivie huit jours après son début d'un léger épanchement pleural, dû vraisemblablement à une pleurésie métapneumonique.

Une complication thoracique moins grave de l'amygdalite aiguë est la congestion pulmonaire, qui a été signalée par Rendu. Dans le fait communiqué par notre maître à la Société médicale des hôpitaux, la congestion pulmonaire s'accompagnait des signes manifestes de la paralysie des nerfs phrénique et pneumogastrique.

Le pronostic des complications pleuro-pulmonaires de l'amygdalite aiguë est extrêmement grave. Leur gravité a un double motif. Elle tient, d'une part, à l'importance des organes qu'elles attaquent. D'autre part, les malades qui en sont atteints présentent, dès le début de l'amygdalite, des symptômes généraux extrêmement intenses, qui rendent manifeste, dès le début, l'atteinte profonde portée à l'organisme par une infection redoutable. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que la mort soit la terminaison ordinairement observée chez les malades atteints de complications pleurales ou pulmonaires dans le cours de l'amygdalite. Dans le cas de Rendu, la malade guérit mais la convalescence fut très longue. Il y eut à la suite de l'atrophie musculaire, comme on en observe après les maladies infectieuses de longue durée. Ajoutons que la malade de Rendu n'avait présenté que des signes de congestion pulmonaire.

Tous les cas de pleurésie se sont terminés par la mort.

Les amygdalites graves compliquées d'accidents pleuro-pulmonaires rappellent, par un certain nombre de symptômes locaux et généraux, les infections décrites par Senator et par Merklen (1) sous le nom de phlegmons infectieux du pharynx et du larynx. Ces phlégmons infectieux du pharynx, caractérisés anatomiquement par la suppuration diffuse du tissu cellulaire retro-laryngien; et, cliniquement, par une dysphagie extrêmement intense, par des symptômes laryngés menaçants, s'accompagnent assez souvent de complications pleuro-pulmonaires. (Senator, Chauffard, Josserand.) Néanmoins, le phlegmon infectieux du pharynx diffère de ces amygdalites par l'absence de déterminations primitives sur l'amygdale. L'infection se fait vraisemblablement par la muqueuse du pharynx ou du larynx, mais elle n'y laisse pas de traces appréciables. D'ailleurs, la suppuration du tissu cellulaire péri-pharyngien, quoique fréquente dans l'amygdalite, dont nous étudions les complications, peut cependant y faire complètement défaut. Elle manquait dans le fait observé par Féréol et dans celui que nous avons signalé.

On ne peut donc admettre que les complications pleuro-pulmonaires de l'amygdalite aiguë soient toujours le résultat d'une inflammation suppurative partie de l'amygdale pour gagner le terrain cellulaire du cou, celui du médiastin et aboutir finalement à la plèvre et au poumon.

De l'ensemble des faits observés, il résulte, au contraire, que les complications pleuro-pulmonaires de l'amygdalite aiguë peuvent se développer

(1) Merklen, Soc. méd. des hôpitaux, 7 nov. 1890.

suivant divers modes pathogéniques. Tantôt elles se développent par suite de l'inflammation supurative de l'amygdale se propageant au tissu cellulaire du médiastin et à la plèvre (fait de Hanot). Tantôt elles se développent à distance, constituant alors de véritables localisations viscérales de l'infection, comparable à la méningite ou à l'otite compliquant la pneumonie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1893. — Présidence de M. Laboulbène

Mort de M. le professeur Hardy.

M. le Président annonce la mort de M. Hardy et lève la séance en signe de deuil.

M. le professeur Hardy a succombé, le lundi matin 23 janvier, à une pneumonie contractée il y a peu de jours dans l'exercice de son devoir professionnel. Il est donc mort, comme il le désirait, « sur la brèche », pour se servir de ses propres expressions. Il était né le 30 novembre 1811 et, malgré ses 81 ans, était d'une activité extraordinaire pour son âge. Le caractère de cet homme de bien sera retracé par de plus autorisés que nous. Bornons-nous donc, pour le moment, à nous unir au deuil qui frappe sa famille et ses nombreux amis.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

L'uréthrite blennorrhagique chronique chez l'homme, par Ernest Finger. (*Deutsche Medizinal Zeitung*, 1893, n° 1.) — Dans le but d'étudier les lésions anatomiques de l'uréthrite chronique, l'auteur a examiné l'urèthre de 120 cadavres. 31 fois, il rencontra des lésions indiquant une vieille blennorrhagie. Celles-ci étaient le plus souvent localisées en certains endroits, 22 fois dans la portion pénienne, 6 fois dans la région bulbeuse, 2 fois dans l'urèthre membraneux et 12 fois dans le segment prostatique ; en outre, on constatait des altérations portant sur la prostate (7 fois), sur les vésicules séminales (6 fois), sur les épididymes (5 fois). Dans son travail, Finger n'envisage que les 24 cas dans lesquels les foyers gonorrhéiques étaient limités aux portions musculeuse et pénienne.

Son étude le mène aux conclusions suivantes :

1° La blennorrhagie chronique est une inflammation chronique du tissu cellulaire sous-épithélial ; elle parcourt deux stades, le premier stade d'infiltration, le second de néoformation et de rétraction conjonctive ;

2° A côté de ces lésions caractéristiques du processus, on rencontre encore deux séries de modifications ; les unes sont des complications, les autres des lésions consécutives ;

3° Au nombre des complications, il faut citer : la prolifération et la desquamation catarrhale, la dégénérescence muqueuse de l'épithélium, au niveau des points malades et sur certains endroits de l'urèthre sain ; puis l'inflammation des glandes de Littre et celle des corps caverneux ;

4° Les lésions consécutives consistent en une transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, et en une destruction complète des glandes de Littre.

D[r] R.

De l'uréthrite, par John Gouley. (*Deutsche Medizinal Zeitung*, 1893, n° 1.) — Les conclusions de Gouley, relatives à la nature et au traitement de l'uréthrite, sont les suivantes :

1° Il n'existe aucun médicament spécifique contre l'uréthrite ;

2° Celle-ci ne saurait, rationnellement, être considérée comme une simple affection phlegmasique ;

3° La nature et la marche des uréthrites aiguës montrent qu'une méthode thérapeutique exclusive ne saurait, dans tous les cas, produire un résultat favorable. Le traitement, qui convient à une forme ou à une période de l'affection, peut être nuisible dans d'autres cas ;

4° L'agent thérapeutique, applicable dans une forme ou à une période de l'uréthrite, n'est pas indiqué chez tous les individus ;

5° Les balsamiques doivent être proscrits pendant les trois premiers stades de l'uréthrite et ne doivent être employés que durant le quatrième stade ;

6° Les injections dans le canal sont contre-indiquées pendant les deuxième et troisième périodes, mais peuvent être employées au commencement et à la fin. Mais les injections avec une solution forte (du nitrate d'argent ou autre) sont contre-indiquées pendant tous les stades de l'uréthrite ;

7° On a le tort de combattre l'affection par des remèdes trop nombreux et trop énergiques. Ceux-ci exposent à des accidents et à des complications sérieuses ;

8° Très importantes sont les mesures hygiéniques, sans lesquelles tous les moyens locaux demeurent absolument inefficaces.

D[r] R.

La blennorrhagie syphilitique, par Grünfeld. (*Internationale Klin. Rundschau*, 1891, n° 52.) — Titre bizarre, qui est cependant justifié par les faits cliniques, comme on va le voir. L'auteur s'occupe d'abord des cas de sclérose de la muqueuse uréthrale. De même que le chancre mou intra-uréthral peut simuler une blennorrhagie vulgaire, de même les lésions initiales de la syphilis, occupant la muqueuse du canal, peuvent donner lieu, d'emblée, à un écoulement uréthral. Dans quelques cas, la sclérose du canal survenant ultérieurement, l'induration des vaisseaux lymphatiques, la tuméfaction ganglionnaire, les manifestations générales permettent de rapporter l'écoulement à sa véritable cause. Dans d'autres circonstances, la succession des phénomènes cliniques est tout différente. En divers points du gland et sur le frein, apparaissent un ou plusieurs nodules de sclérose qui conduisent à l'infiltration totale du gland. Les lésions peuvent s'étendre à la portion naviculaire de l'urèthre ; il se fait alors, par le méat, un écoulement qui, joint aux manifestations locales, présente tous les caractères d'une blennorrhagie : c'est là une seconde forme de blennorrhagie syphilitique.

Sur d'autres malades, à un stade déjà avancé de la syphilis, lorsque se développent les éruptions papuleuses de diverses régions du corps, on peut observer sur l'urèthre,

resté sain jusqu'alors, et principalement au méat, une ou plusieurs papules qui donnent lieu à un écoulement et simulent une blennorrhagie gonococcique.

Enfin, Grünfeld a vu des cas de syphilis gommeuse se manifester par de semblables accidents. Il cite, en particulier, un individu en traitement pour une périostite gommeuse du tibia et du tarse. Ce sujet fut pris brusquement de douleurs pendant la miction. A l'examen, on trouva une sécrétion abondante, muco-purulente, paraissant dépendre d'une blennorrhagie datant de 4 à 5 jours. Mais le malade niait tout coït. L'endoscopie permit de reconnaître deux ulcérations syphilitiques, tout à fait nettes, siégeant sur la muqueuse uréthrale. Ce cas est, suivant Grünfeld, jusqu'à présent unique dans la science.

Il est donc incontestablement prouvé, par les faits précédents, que l'urèthre peut, aux différentes périodes de la syphilis, être le siège d'affections tout à fait spéciales, se traduisant par un écoulement. Il s'agit, dans ces cas, de syphilis de la muqueuse uréthrale, simulant, à s'y méprendre, par les accidents qu'elle détermine, une blennorrhagie gonoccocique. Les accidents justifient la dénomination de blennorrhagie syphilitique.

Pathologie de la blennorrhagie urétrale chez l'homme, par Róna. (*Pester med. chir. Presse*, 1892, n° 35.) — Róna étudie successivement le mode d'extension de la blennorrhagie aiguë, le moment de l'envahissement de l'urèthre postérieur et les causes de cet envahissement. Il arrive aux résultats suivants :

1° La blennorrhagie typique atteint, le plus souvent, l'urèthre tout entier (80 p. 100); exceptionnellement (20 p. 100), elle se limite à l'urèthre antérieur.

2° La propagation à l'urèthre profond se produit chez 85 p. 100 des malades pendant les quinze premiers jours ; elle ne résulte donc pas d'un transport mécanique du pus.

3° Il semble que cet envahissement ne dépende ni de causes intérieures ni de causes mécaniques extérieures; l'affection, étant donné son caractère parasitaire, s'étend jusqu'à ce que le terrain offre une résistance suffisante pour s'opposer à la propagation.

4° Donc l'urèthrite postérieure ne saurait être considérée comme une complication de l'uréthrite antérieure. — Dr R.

Traitement de la gonorrhée par l'ichthyol, par Jadassohn. (*Deutche mediz. Wochersch.*, 1892, p. 850.) — Suivant l'auteur, il faudrait, à tous les points de vue, accorder à l'ichthyol une des premières places dans le traitement de toutes les manifestations de la gonorrhée. Il conclut, en effet :

1° L'ichthyol est bien supporté, en solution de 1 à 5 p. 100, par l'urèthre antérieur; en solution de 1 à 10 p. 100 par l'urèthre postérieur de l'homme et l'urèthre de la femme. Dans l'urèthre pénien, il détermine, en solution à 1 p. 100, une sensation de brûlure modérée, à laquelle les malades s'habituent très vite, même en se servant de solutions plus concentrées; l'urèthre profond et l'urèthre de la femme sont à peu près entièrement insensibles vis-à-vis de l'ichthyol.

2° Les solutions d'ichthyol à 1 p. 100 ont incontestablement une action antigonorrhéique considérable. Les gonocoques disparaissent très rapidement des sécrétions, mais parfois seulement d'une façon passagère. Mais souvent on observe des récidives. Enfin, il est des blennorrhagies qui résistent tout à fait à l'influence de ce médicament.

3° Le plus souvent, néanmoins, sous l'action de l'ichthyol, la sécrétion purulente se transforme très vite en un liquide séreux; bientôt aussi on trouve, à l'examen histolo-

gique, que ce liquide contient de nombreuses cellules épithéliales. C'est là un bon signe, puisque des agents pathogènes cachés peuvent être amenés à la surface et être éliminés.

Diagnostic exact des lésions dans les vieilles ruptures du périnée, par Abbott. (*Centralbl. f. Gynaekologie*, 1893, n° 2.) — Pour refaire un périnée aussi parfait que possible, il importe avant tout de s'assurer, avant d'intervenir, de la nature des tissus déchirés et en particulier de l'état des muscles. On cherche à y parvenir en engageant la femme à faire contracter et à relâcher le sphincter anal. En plaçant un doigt de chaque côté de la ligne médiane, en dedans des tubérosités ischiatiques, on peut reconnaître l'état des muscles transverses du périnée. S'ils sont intacts, on sentira leur contraction.

A l'aide du pouce placé en avant, de l'index introduit dans le vagin, on peut également rechercher l'état du constricteur du vagin. En introduisant le doigt sur les côtés du vagin dans l'ogive pubienne, on reconnaîtra l'état du releveur (fibres antérieures). Jamais Abbott n'a rencontré de ruptures des fibres du releveur qui s'insèrent à la membrane obturatrice et au coccyx.

Abbott, partant d'idées qui nous paraissent un peu trop théoriques, veut que l'opération de la périnéorrhaphie s'attache tout d'abord à suturer les muscles déchirés à l'aide de fil d'argent; puis seulement on termine l'opération par le procédé d'Emmet.

Nouvelle méthode pour la réparation du périnée, par Mullen. (*Med. News*, 6 juin 1892.) — On taille des lambeaux triangulaires dans la peau voisine de la rupture; une des incisions est conduite, de l'extrémité supérieure de la déchirure préalablement avivée en bas et en dehors vers l'ischion; une seconde section se porte obliquement en haut et en dehors, partant de l'extrémité inférieure de la déchirure. Les deux lambeaux triangulaires sont disséqués par leur face profonde et rapprochés par glissoment. — Dr R.

Des lésions consécutives à la commotion cérébrale, par Friedmann. (*Deutsche Medizinal Zeitung*, 1893, n° 1.) — Deux individus, jeunes encore (âgés de 27 et 30 ans), reçoivent un coup sur la tête ; le traumatisme avait été relativement peu intense. Aussitôt après, apparaissent des vertiges, de la céphalalgie et des accidents paralytiques du côté des nerfs crâniens. Après quelques semaines, les symptômes subjectifs s'amendent ; mais, bientôt, on voit s'installer des accidents de plus en plus graves, à forme paroxystique, commençant par des vertiges et des douleurs céphaliques, et finissant par de l'apathie, de la perte momentanée des facultés intellectuelles. Ces paroxysmes s'accompagnaient parfois de fièvre et de paralysie des membres. Mort, dans un cas, après un an ; dans le second, après 3 ans. Chez le premier malade, les paralysies multiples dans le domaine des nerfs encéphaliques, les douleurs du crâne à la percussion, les attaques avec accès fébriles, avaient fait penser à une fracture de la base avec foyer limité de méningo-encéphalite. Chez le second, pour des raisons analogues, on soupçonnait une fracture avec enfoncement de la région occipitale. A l'autopsie, on ne découvrit, ni chez le premier ni chez le second sujet, trace d'une lésion bien prononcée du crâne et de l'encéphale. Dans un cas, l'examen histologique seul permit d'expliquer les troubles morbides d'une façon satisfaisante. La substance cérébrale elle-même était parfaitement intacte. Mais le territoire des petits vaisseaux du cerveau proprement dit, jusqu'à la moelle allongée, était frappé, et cela d'une façon diffuse ; les altérations, toutefois, présentaient

leur maximum dans le lobe pariétal gauche, en un point particulièrement sensible à la pression pendant la vie du malade. Les modifications étaient multiples. On constatait :

1° Une stase du sang jusque dans les plus fins vaisseaux capillaires ;

2° Des ectasies et, en quelques points, de véritables anévrismes de ces vaisseaux ;

3° Une dilatation de la gaine adventice des capillaires, distendue çà et là par une grande quantité de pigment sanguin et de nombreuses cellules rondes ;

4° Une dégénérescence hyaline de la paroi d'un certain nombre de vaisseaux capillaire ;

Dans le second cas, l'examen micrographique le plus complet n'a pas pu donner la clef des phénomènes pathologiques. Dr R.

Anatomie pathologique de la commotion de la moelle épinière, par Schmaus. (*Centralbl. f. Chir.*, 1892, n° 49.) — Les recherches anatomiques et les expériences de Schmaus tendent à démontrer que, sur la commotion pure et simple de la moelle épinière, peuvent se greffer une série de lésions, décrites sous le nom de dégénérescences systématiques, de myélite, de ramollissement, d'hydromyélie et de syringomyélie. La première partie du travail de Schmaus est consacrée à l'étude critique, fort bien faite. de quatre cas de lésions traumatiques de la moelle spinale observés chez l'homme, Dans la seconde partie, l'auteur essaye, sur le lapin, de produire des commotions de l'axe médullaire sans lésions des parties molles. Il a réussi. Nous passons sous silence la technique qu'il a mise en usage et les phénomènes observés. Les lésions qu'il a rencontrées ont consisté en une dégénérescence finement granuleuse des cellules nerveuses, en une tuméfaction et un élargissement des cylindraxes de la substance blanche. L'élargissement était tel que les filaments atteignaient souvent six fois leur diamètre normal. Les gaines médullaires restent longtemps intactes. Accessoirement, on rencontre des congestions et des hémorrhagies sans importance.

Schmaus pense que, du lapin, on peut conclure à l'homme et se représenter ainsi les états successifs de la commotion médullaire :

1° Nécrose simple d'une partie des éléments nerveux, sans altération de la substance intermédiaire, qui, toutefois, peut être le siège d'une hyperplasie secondaire ;

2° Nécrose des éléments nerveux avec destruction concomitante de la substance de soutien ;

3° Gliomatose et formation de cavités (syringomyélie).

Schmaus formule, en terminant, les conclusions suivantes : La commotion de la moelle peut être suivie de troubles fonctionnels chroniques, dont la nature n'est pas élucidée, mais qui, pas plus que l'hystérie et d'autres névroses, ne rentrent dans le domaine de l'anatomie pathologique. Lorsqu'on rencontre des lésions, on peut établir leur groupement ainsi qu'il suit :

1° Il se produit une nécrose traumatique directe des fibres ; dans cette catégorie rentrent les cas où on trouve des lésions anatomiques positives.

2° Il s'est produit une destruction des fibres plus étendue que celle que nous pouvons reconnaître ; dans cette classe se rangent les faits de commotion avec symptômes cliniques très accusés et lésions anatomiques très faibles.

3° Les fibres sont simplement fatiguées. Ainsi s'expliquent, d'une part, les cas de guérison ; d'aurtre part, les cas de mort rapides dans lesquels les examens macroscopiques et microscopiques donnent des résultats absolument négatifs.

4° La fatigue des fibres peut se terminer par la mort de celles-ci : cas de commotion à début graduel et à lésions anatomiques positives.

5° Gliose. Terminaison par la formation d'une tumeur. — Dr R.

Sur le bandage à étape dans le traitement des difformités du pied, par J. Wolff. (Communication faite à la Société de chirurgie de Berlin. — *Deutsche Medizinal Zeitung*, 1893, nº 1.) — Sous ce nom, Wolff désigne un bandage qui, dans les difformités très prononcées, permet de ramener graduellement, par étapes, un membre ou un segment de membre dévié, à une situation telle qu'il soit capable de satisfaire aux exigences statiques. Le redressement obtenu par cet appareil n'a nullement pour but de modifier la forme extérieure défectueuse de l'os. Ce changement est réalisé par la force de transformation. Celle-ci, d'après la doctrine de la transformation des os, cherche, avant tout, à rendre au membre la fonction qu'il a perdue, et la forme est absolument subordonnée à la fonction.

Dans les variétés les plus prononcées de pieds-bots congénitaux, chez les adolescents aussi bien que chez l'adulte, Wolff pratique d'abord la section sous-cutanée du tendon d'Achille, des tendons du fléchisseur commun des orteils et du jambier postérieur; puis il applique le bandage redresseur en diachylon de Sayre et place par dessus celui-ci un appareil plâtré destiné à accroître le degré de redressement obtenu. Les manœuvres se font sous le chloroforme, elles doivent être énergiques, mais non brusques et brutales, ne doivent ni rompre des ligaments ni écraser des os.

En se conformant à cette technique, le malade ne souffre guère el les orteils gardent leur apparence normale. Au bout de deux au trois jours, on peut déjà continuer les manœuvres de redressement; il est inutile d'attendre, pour les reprendre, trois ou quatre semaines, comme le veulent Kœnig et Heineke.

Le second redressement — la seconde étape — est réalisé, soit en appliquant un nouvel appareil, soit en excisant de la partie externe du premier bandage un segment cunéiforme. On procède ainsi par trois, quatre, cinq, six étapes, et cela, en l'espace de trois semaines. On arrive toujours, dit Wolff, même dans les cas les plus graves, à remettre le pied dans une position telle qu'il puisse satisfaire aux exigences de la mécanique statique. On y réussit sans briser aucun os, sans déchirer aucun moyen d'union articulaire.

Certes, les pièces du squelette ont conservé leur forme vicieuse; mais la face plantaire regarde le sol, les orteils sont tournés en dehors et le talon est en pronation.

Dès que ce résultat est atteint, on donne à l'appareil une forme telle qu'il plaise à l'œil; on le convertit en un bandage durable, en le recouvrant d'une substance imperméable. On fait fabriquer une bottine orthopédique à l'aide de laquelle le malade peut, au bout d'un mois de traitement, marcher sur son pied, sans aucune douleur et sans aucun appui.

Durant des mois, on fait marcher les patients avec cet appareil, qui n'augmente pas l'atrophie du mollet et n'ankylose pas les articulations du pied. Pendant ce temps la force de transformation réalise l'adaptation fonctionnelle de la forme des os du pied aux conditions statiques redevenues normales. Le pied devient plus long et plus puissant, et, si le premier des bandages a été appliqué d'une façon parfaite, on obtient immédiatement une guérison durable pour toute la vie. Il ne se produit aucune récidive, quand cette adaptation fonctionnelle est une fois accomplie. Ce qu'on appelle récidive de pied-bot, ce n'est autre chose qu'un résultat thérapeutique resté défectueux par suite de la persistance de conditions statiques anormales; ce n'est pas une récidive, mais une continuation de l'affection primordiale.

Les récidives vraies ne peuvent s'observer que dans les pieds-bots paralytiques et nécessitent souvent l'application successive d'un grand nombre d'appareils. Mais, même dans ces cas, il est remarquable de voir que ce sont précisément les difformités paralytiques les plus accusées de l'adulte qui donnent les résultats les plus satisfaisants.

Ce n'est pas uniquement le pied-bot, mais encore le pied plat et le pied creux qui sont, suivant Wolff, justiciables de l'appareil à étapes. Les pieds plats les plus prononcés peuvent, en deux ou trois séances, être redressés de telle façon que le malade marche pendant des mois sur le bord externe du pied. Puis, comme dans le pied-bot, la force de transformation réalise insensiblement une configuration normale des os du pied.

Les conclusions qui précèdent s'appuient sur l'étude de 558 malades (367 pieds-bots, dont 95 paralytiques, 137 pieds plats, 11 pieds creux et 43 cas de pied équin ou de pied talus.)

D^r R.

COURRIER

Une réaction se manifeste, en Amérique, contre l'admission des femmes aux études médicales. La Faculté de l'Université colombienne de l'Etat de Washington vient de décider de fermer ses portes aux étudiantes en médecine. Il paraît que la présence des femmes éloigne les étudiants de l'autre sexe, et les directeurs de l'Université déclarent qu'ils n'entendent pas transformer leurs écoles en un séminaire de femmes. Ils ajoutent que la promiscuité des études est démoralisante pour les deux sexes. (*Revue scientifique.*)

Association de la Presse médicale. — *Congrès international de médecine de Rome en* 1893. — Le 13 janvier dernier a eu lieu, chez Marguery, un dîner spécial de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le professeur Cornil.

Ce banquet, auquel assistaient les syndics, MM. de Ranse et Cezilly, les membres du Conseil judiciaire de l'Association et quinze membres participants, était offert à M. le commandeur professeur Edouard Maragliano, directeur de l'Institut de clinique médicale à l'Université royale de Gênes et secrétaire général du XIe Congrès international de médecine, venu à Paris pour se mettre en rapport avec l'Association de la Presse médicale, au sujet du prochain Congrès qui doit avoir lieu à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893.

M. le Président a présenté M. le professeur Maragliano, qui a répondu en termes des plus flatteurs pour notre pays.

Après discussion, il y a été décidé ce qui suit :

1° Par les soins de l'Association de la Presse médicale, un Comité est institué sous la dénomination de « *Comité français d'initiative et de propagande pour le Congrès international de Rome en* 1893 ».

Ce Comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Rome.

2° Sont nommés membres de ce Comité tous les membres de l'Association de la Presse médicale présents au dîner du 13 janvier, à savoir : MM. Cornil, président; Cezilly, de Ranse, syndics; Chervin, Chevallereau, Delefosse, Doléris, Gorecki, Gouguenheim, Joffroy, Laborde, Landouzy, Lereboullet, Meyer, Moure, Prengrueber, Charles Richet; M. Baudouin, secrétaire général.

3° Le bureau du Comité, composé de MM. Cornil, président, de Ranse et Cezilly, syndics, Marcel Baudouin, secrétaire, fournira tous les renseignements nécessaires aux intéressés et à toutes les personnes qui désireraient visiter l'Italie en allant assister au Congrès de Rome.

4° Toutes les communications relatives aux travaux de ce Comité doivent être adressées à M. le docteur Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

HOPITAL ST-LOUIS. — SERVICE DE M. LE Dr RICHELOT. — M. Richelot commencera ses leçons cliniques le mercredi 8 février 1893, à 9 heures et demie, et les continuera les mercredis suivants.

A partir du 1er février, les travaux du service seront organisés comme il suit :

Lundi. — Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.

Mardi. — Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (salle Denonvilliers).

Mercredi. — Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opérations.

Jeudi. — Opérations abdominales (chalet).

Vendredi. — Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.

Samedi. — Opérations abdominales (chalet).

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Bellet (des Loges); Bellancourt (de Blangy-sur-Presles) ; Teteca, rédacteur en chef des *Archives médicales belges*.

LISTE D'EMBARQUEMENT DES MÉDECINS DE 1re CLASSE AU 21. — MM. 1. Castellan ; 2. Buisson ; 3. Cartier ; 4. Durand ; 5. Féraud ; 6. Gauran ; 7. Ourse ; 8. De Bonadona ; 9 Amouretti ; 10. Cauvet ; 11. Aubert; 12. Pons ; 13. Jabin-Dudognon ; 14. Durbec ; 15 Couteaud ; 16. Théron. (Toulon.)

MM. 1. Danguillecourt ; 2. Le Franc ; 3. Palud ; 4. L. Aubry ; 5. Guézennec ; 6. Dubut ; 7. F. Kergrohen ; 8. Vergos. (Brest.)

MM. 1. Grognier ; 2. Recoules ; 3. Deblenne ; 4. Fras ; 5. Damany ; 6. Branellec. (Cherbourg.)

MM. 1. Le Denmat ; 2. Durand ; 3. Bertrand ; 4. Bahier ; 5. Colle ; 6. Nodier ; 7. Ropert. (Lorient.)

MM. 1. Chasseriaud ; 2. De Gouyon de Pontouraude ; 3. Dufour ; 4. David ; 5. Chevalier ; 6. Bellot ; 7. Julien-Laferrière ; 8. Mialaret ; 9. Morain ; 10. Gorron ; 11. Touchet ; 12. Palmade ; 13. Lassabatie ; 14. Planté ; 15. Lussaud. (Rochefort.)

M. le médecin de 1re classe Hervé est rentré de congé.

M. le médecin de 1re classe Vergos embarque sur le *Cyclope*.

M. le médecin de 2e classe Préboist est désigné pour embarquer sur la *Mésange*, au golfe du Bénin, en remplacement de M. Tréhen, qui a sollicité son affectation au corps de santé des colonies, et qui servira à terre au Dahomey. — M. Préboist prendra passage sur le paquebot partant de Marseille, le 25 février prochain.

M. le médecin de 2e classe Vergues ira servir comme prévôt au bataillon d'apprentis-fusilliers, à Lorient, en remplacement de M. Morel, qui a terminé la période réglementaire.

COURS LIBRE, A L'ECOLE PRATIQUE, SUR LES MALADIES DU NEZ, DE LA GORGE ET DU LARYNX. — Le docteur MADEUF, bi-licencié, fait son cours les lundis et vendredis, à cinq heures. Les vendredis, conférences pratiques à sa clinique, 46, rue de l'Arbre-Sec.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur FOURNIER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

LEÇON REVUE PAR M. LE PROFESSEUR

Messieurs,

Lorsque vous examinez un malade que vous présumez être un hérédo-syphilitique, il vous faut diriger soigneusement votre interrogatoire et rechercher successivement la triade d'Hutchinson, l'infantilisme, les cicatrices cutanées et principalement fessières, les difformités du squelette.

Ceci fait, il vous faut encore examiner un organe auquel on ne songe guère chez l'enfant, je veux parler du testicule.

Parrot et Hutinel ont, en effet, montré qu'il y avait un sarcocèle syphilitique infantile identique au sarcocèle syphilitique de l'adulte. Les lésions sont les mêmes, et il se produit, soit une inflammation plastique de tout l'organe, albuginite de Ricord, soit des gommes, soit, enfin, et c'est le cas le plus fréquent, une association des deux espèces de lésions.

Le testicule syphilitique infantile a toutes les chances du monde pour passer inaperçu, et, cela pour trois raisons : on ne regarde pas le testicule, on ne pense pas qu'il puisse être atteint; — la lésion est indolente, rien dans les gestes ni dans l'allure de l'enfant ne conduit à diriger l'examen sur la partie malade; — enfin, le testicule ne subit que peu ou pas de modifications dans son volume.

Si le sarcocèle syphilitique reste inaperçu et non soigné, que va-t-il arriver ?

Ce qui arrive chez l'adulte. Il se produit un ensemble de lésions aboutissant à l'atrophie scléreuse. Le tissu d'infiltration plastique devient fibreux et nodulaire, extrêmement dur.

Aussi, lorsque l'on examine un sujet qui a eu dans son enfance un ou plutôt deux sarcocèles syphilitiques, la lésion étant toujours double, on trouve les testicules petits, noueux, irréguliers, bosselés, de forme quelquefois fort bizarre. De plus, ces testicules ainsi déformés ont une dureté chondroïde; nous disons familièrement ici qu'ils sont durs comme du bois. Cette altération si profonde est survenue sans douleur, sans la moindre souffrance; la glande n'a pas d'histoire pathologique et les malades, comme ils le disent, « se sont toujours connus comme cela ».

Lorsque l'on trouve, des testicules présentant l'aspect que je viens de décrire, c'est une grande présomption d'hérédo-syphilis.

L'hérédo-syphilis peut frapper tous les organes et je vous ai énuméré il y a quelques instants ceux sur lesquels votre attention devait surtout se

porter. Je veux maintenant vous dire quelques mots des troubles qu'elle entraîne du côté des articulations et du côté de l'intelligence.

Les lésions articulaires sont l'hydarthrose et l'arthrite déformante.

L'hydarthrose syphilitique est une hydarthrose vulgaire, banale. L'épanchement occupe habituellement les articulations des genoux ; il est indolent et peut persister sans changement pendant un très long temps, pendant toute la vie même, sans empêcher le malade de marcher.

Dans l'arthrite déformante, tous les éléments de l'articulation sont atteints, mais surtout les os. Ils présentent des ostéophytes épiphysaires ou même intra-articulaires, et il se produit des déformations naturellement très variables selon les cas, de la limitation des mouvements, des attitudes vicieuses. Les altérations peuvent être plus graves et souvent vous pouvez constater de l'atrophie musculaire et même un arrêt de développement du membre plus ou moins accentué.

La syphilis héréditaire affecte le cerveau, soit dans la vie fœtale, soit après la croissance de l'enfant. Elle produit, je peux vous le dire de suite, des enfants arriérés, des imbéciles et même des idiots.

Par quel mécanisme la syphilis retentit-elle ainsi sur l'intelligence ? Pour les uns, en raison de lésions absolument spécifiques qui affectent les os du crâne et retentissent sur les méninges et le tissu des circonvolutions. Pour d'autres, les méninges sont primitivement atteintes et présentent des infiltrations fibreuses extrêmement étendues. D'autres encore accordent la plus grande importance aux scléroses corticales superficielles. Enfin, il y a des auteurs, tels que Wegner et Parrot, qui refusent aux lésions tout caractère spécifique et n'admettent l'existence que d'une stéatose du réticulum cérébral qui peut se rencontrer chez les cachectiques en général.

Mais, si on discute sur les lésions, malheureusement les faits ne sont que trop bien établis.

Dans certains cas, l'enfant hérédo-syphilitique est simplement un enfant arriéré : il parle et marche tard, à 18 mois ou 2 ans ; il se développe lentement, lit très difficilement; puis, lorsque l'éducation a commencé, on s'aperçoit qu'il n'est pas susceptible de culture, ne peut retenir les enseignements les plus simples. Cette infériorité intellectuelle dure toute la vie.

Chez d'autres enfants, l'arrêt de développement intellectuel est complet, l'idiotie absolue. Le malheureux être ne peut apprendre à prononcer que quelques mots élémentaires (papa, maman, gâteau) ne peut marcher que difficilement, est souvent méchant et irascible, etc. C'est le tableau de l'imbécillité sur lequel je n'ai pas à insister ici.

Parfois, les troubles des mouvements sont très accentués et il est impossible au malade de faire un pas sans être soutenu ; il y a une véritable parésie généralisée, une sorte d'idiotie paralytique.

Voyons maintenant les éléments qui, en dehors du malade, peuvent nous permettre de diagnostiquer rétrospectivement l'hérédo-syphilis. Je veux parler de l'existence de la polymortalité infantile dans la famille et des renseignements que peut nous fournir l'interrogatoire des parents.

La polymortalité des enfants est un signe qui doit faire songer à l'existence de la syphilis dans une famille. La syphilis, en effet, est une des causes les plus fréquentes des avortements répétés et de la mort prématurée des enfants. Il y a longtemps que j'ai démontré la léthalité excessive

qu'elle entraînait dans le jeune âge. Ma statistique me donne les chiffres suivants : en ville, plus de 2 cas de mort sur 3 naissances; à l'hôpital (Lourcine), 145 morts sur 167 grossesses, c'est-à-dire 1 enfant vivant sur 7 ou 8. On m'a dit que j'avais recueilli mes chiffres dans un milieu hospitalier où l'avortement criminel est fréquent. Pour répondre à cette objection, j'ai relevé, pendant un certain temps, tous les chiffres publiés par d'autres que par moi, et voici ce que j'ai trouvé : grossesses, 441; enfants morts, 341; enfants vivants, 100. Sur ces 441 enfants morts, 6 seulement avaient succombé après la première année et 335 avant l'âge de 1 an. En résumé, il y a 1 enfant syphilitique qui vit contre 3 1/2 qui meurent.

Décomposons maintenant ce chiffre brut de 335 morts. Parrot et d'autres ont montré que la syphilis était par excellence la maladie qui fait avorter; et on peut dire que l'intoxication saturnine est la seule maladie qui lui soit comparable à ce point de vue. La syphilis fait avorter aussi bien quand les deux parents sont atteints en même temps que lorsqu'il n'y en a qu'un seul de frappé et son influence est parfois assez prolongée pour produire une série de fausses couches. Je ne vous citerai qu'un exemple parmi les milliers qui ont été recueillis. Une de mes clientes se marie à 19 ans et a trois enfants bien portants qui vivent encore aujourd'hui. Le mari devient syphilitique et contagionne sa femme; 7 grossesses se produisent successivement et se terminent par 3 avortements et 4 accouchements prématurés avec enfants morts.

Les enfants hérédo-syphilitiques meurent presque tous pendant la première année et les chiffres recueillis par les auteurs sont absolument démonstratifs. En voici quelques-uns : Hutchinson, 4 enfants morts sur 5 et 11 sur 12; Tarnier, 8 sur 11, et enfin Zambaco, 14 sur 15.

Parfois, la syphilis fait table rase. Dans une observation de Cazenave, 4 enfants morts sur 4; dans une de Tarnier, 7 sur 7; dans une de Ribemont-Dessaigues, 19 sur 19.

Vous voyez donc que la syphilis est excessivement meurtrière pour les jeunes, et si, dans votre interrogatoire, vous recueillez des renseignements de ce genre, vous devrez y attacher une grande importance.

Enfin, je terminerai en vous disant quelques mots sur les commémoratifs que vous pouvez recueillir du côté de la famille. Quand vous trouvez la syphilis, votre diagnostic est fait, mais, quand vous n'obtenez aucun résultat, il ne faut pas conclure à l'absence de la maladie.

Plusieurs causes peuvent, en effet, vous induire en erreur. L'enfant peut n'être pas le fils du père *quem nuptiæ demonstrant* ; — on peut vous mentir sciemment; — enfin, la syphilis peut être ignorée de celui des parents qui en est atteint.

L'enquête poursuivie du côté des parents est toujours nécessaire. Lorsqu'elle est positive, seule elle permet d'affirmer absolument l'existence de l'hérédo-syphilis; si on ne trouve rien, et que les principaux stigmates de la maladie soient réunis sur le sujet examiné, le fait ne sera pas absolument démonstratif au point de vue scientifique, mais il le sera au point de vue pratique, et vous devrez sans hésiter instituer le traitement convenable.

DE L'ANESTHÉSIE MIXTE par l'association du bromure d'éthyle et du chloroforme,

Par le docteur POITOU-DUPLESSY,

ancien médecin principal, ancien professeur agrégé des Écoles de médecine navale.

Dans la seconde moitié du XIXe siècle, trois grandes découvertes ont transformé la chirurgie, et successivement contribué pour une part importante à ses merveilleux progrès, ce sont : l'anesthésie, l'hémostase préventive et l'antisepsie.

Cependant, l'anesthésie, bien que datant déjà d'un demi-siècle (1846), laisse encore à l'opérateur quelques appréhensions, en raison des dangers qu'elle peut quelquefois offrir. Les efforts des chirurgiens modernes, éclairés à la fois, et par l'observation clinique, et par les recherches de la physiologie expérimentale, doivent tendre de plus en plus à en perfectionner les procédés et à lui assurer une immunité à peu près complète C'est de cette tendance que sont nées les diverses méthodes d'anesthésie mixte qui ont été successivement proposées et, en particulier, celle sur laquelle nous désirons appeler particulièrement l'attention.

I

Comme on l'a dit avec juste raison, l'anesthésie chirurgicale n'est que le premier stade d'un empoisonnement général progressif qu'il s'agit d'arrêter à temps.

L'agent anesthésique impressionne successivement et supprime l'activité (après une phase préalable d'excitation, de durée variable) d'abord des hémisphères cérébraux (intelligence et volonté), puis des cellules sensitives de la moelle, puis des cellules motrices et du pouvoir excito-réflexe (phase d'anesthésie confirmée); mais ensuite, et en dernier lieu, si l'intoxication par l'anesthésique est poussée trop loin, le bulbe lui-même est atteint, les fonctions de la vie végétative suspendues, et la mort survient par syncope toxique ou paralytique.

Cet accident de la période ultime de l'anesthésie est toujours menaçant, quel que soit l'agent anesthésique employé, et peut-être peut-on dire que le chloroforme est un de ceux qui y exposent le moins; j'entends par-là qu'avec lui, une fois l'anesthésie confirmée bien obtenue, il est facile de l'entretenir pendant un temps fort long (60, 100, 120 minutes et plus), à la seule condition d'une surveillance, intelligente, constante des phénomènes physiologiques (pouls, respiration, contraction pupillaire, réflexe oculo-palpébral, etc.).

Par contre, beaucoup des accidents graves de l'anesthésie chloroformique se produisent surtout, pendant les deux premières pérodes, par un mécanisme pathogénique sur lequel nous ont fixé, après les travaux de Cl. Bernard et de P. Bert, ceux de Dastre, de Laborde, et surtout de François Franck (1).

a) A la *période de début*, et souvent dès les premières inhalations, si l'air inspiré contient dans une trop forte proportion les vapeurs irritantes et caustiques du chloroforme, leur action locale, topique se produira sur la muqueuse des premières voies (fosses nasales, larynx, trachée), et cette irritation transmise aux centres nerveux par le trijumeau et le laryngé supérieur (et même l'irritation endopulmonaire transmise par le pneumogastrique) pourra produire, par action réflexe, des troubles respiratoires ou cardiaques; troubles respiratoires d'ordre spasmodique (spasme laryngé, bronchique, suffocation initiale), et surtout troubles cardiaques; excitation réflexe du nerf d'arrêt du cœur pouvant amener l'arrêt brusque, facilité par le relâchement du myocarde, par la

(1) Voyez : François Franck, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 24 juin et 1er juillet 1890.

surdilatation rapide du cœur, due à l'augmentatisu de la pression sanguine (le chloroforme étant vaso-constricteur).

b) A la *deuxième période* de l'anesthésie, *excitation* ou *ivresse chloroformique* (l'excitation cérébrale se traduisant par délire, loquacité, hallucination; l'excitation bulbo-médullaire se traduisant par contracture, mouvements désordonnés, râles trachéaux, accélération du cœur, dilatation pupillaire), l'effet vaso-constricteur du chloroforme peut s'exagérer (pâleur de la face, décoloration des lèvres), si, à ce moment, il y a une absorption de chloroforme trop rapide, l'excitation trop vive de la moelle cervico-dorsale retentit sur les accélérateurs cardiaques. Les battements s'exagèrent en devenant plus petits; puis ils se ralentissent; le cœur se dilate et s'arrête. Cet accident sera d'autant plus menaçant qu'à cette période où l'excitabilité réflexe des centres nerveux est exagérée, viendra se produire une excitation périphérique violente, comme la douleur résultant de ce que l'intervention opératoire est commencée avant la période d'anesthésie confirmée (Fr. Franck).

c) Enfin, à la *troisième période*, *anesthésie confirmée* (caractérisée par la résolution musculaire, la contraction pupillaire et l'abolition du réflexe oculo-palpébral), si l'absorption du chloroforme est poussée trop loin, menace d'apnée toxique ou paralytique (voy. Laborde, Acad. de méd., juin 1890).

A ces trois périodes, la cause des phénomènes dangereux est, en somme, toujours la même; c'est une trop forte proportion de vapeurs chloroformiques dans l'air inspiré; car, comme l'a dit P. Bert : « Le chloroforme agit, non par la quantité totale qu'on en « respire, mais par la proportion qui s'en trouve contenue dans l'air, par le titre du « mélange inspiré, *par la tension*, laquelle règle la proportion existante dans le sang et « dans les tissus. »

II

Ce coup d'œil très succinct sur le mécanisme pathogénique des accidents de la chloroformisation est suffisant pour conclure que le moyen de prévenir et d'empêcher les accidents serait de réaliser deux *desiderata* :

1° Assurer, d'une façon constante, le mélange des vapeurs chloroformiques avec une forte proportion d'air; obtenir l'anesthésie et l'entretenir avec une dose d'anesthésique réduite au minimum, donnée d'une façon méthodique, sans à-coups, sans irrégularités d'action, grâce à la permanence, réelle ou tout au moins approximative, du titre du mélange inspiré.

C'est ce que réalise la méthode des mélanges titrés de P. Bert, et dont cherchent à se rapprocher les méthodes d'administration dites *dosimétriques* (Legrand [de Libourne], Léon Labbé, Schwartz), car on tend de plus en plus à renoncer aux procédés dangereux de la *sidération*.

C'est ce que je crois réaliser, complètement et très simplement, avec le *cornet de la marine* que j'ai modifié, rendu aseptique, portatif et permettant un dosage constant et régulier (1), tel que je l'ai fait connaître au Congrès de chirurgie de 1866 (V. Procès-verbaux du Congrès, 2e session, p. 697 à 704), et de nouveau décrit dans les *Archives de médecine navale* de février 1889.

2° Mais, en second lieu, pour avoir une complète sécurité, pour se mettre à l'abri des

(1) Sans insister ici sur ce détail technique, je rappellerai seulement l'opinion si justement exprimée par Laborde, à l'Académie de médecine : « Les cornets à longue et large ouverture, les masques de flanelle, recevant à une certaine distance des orifices respiratoires les gouttes exactement dosées, sont préférables à la compresse obturante et remplissent des conditions plus rapprochées du véritable titrage. » (V. *Tribune médicale*, 18 juin 1891, p. 390, col. 2.)

accidents réflexes si graves des deux premières périodes, il faut chercher à atténuer la sensibilité de la muqueuse des premières voies (excitabilité nerveuse périphérique), et à atténuer également l'excitabilité nerveuse centrale et la réflectivité bulbo-médullaire.

C'est là le but poursuivi par les diverses méthodes d'anesthésie mixte et réalisé par l'emploi combiné du bromure d'éthyle et du chloroforme.

1. Cl. Bernard et Nusbaum ont associé le chloroforme et la morphine. (Suppression de la sensibilité de la muqueuse naso-laryngée, — anesthésie obtenue avec une dose moindre de chloroforme, — mais, par contre, augmentation des dangers de syncope respiratoire.) (Fr. Frank.)

2. Spencer Wells a employé, sous le nom de chloro de méthylène, un liquide que Regnault a démontré n'être qu'un mélange de chloroforme avec un quart d'alcool méthylique. Cette association, qui n'a d'autre effet que de diminuer la tension des vapeurs chloroformiques, n'offre aucun avantage sérieux.

3. Formé, médecin de la marine, a associé au chloroforme (1875) le chloral donné une heure avant ; Trélat a associé le chloral et la morphine en potion, avec les inhalations chloroformiques.

4. Dastre et Morat ont proposé de faire préalablement aux inhalations de chloroforme une injection hypodermique de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine et de 1/2 milligr. de sulfate d'atropine.

Aux avantages de la morphine, déjà cités, ce procédé joindrait celui de supprimer le danger des réflexes d'arrêt du cœur, l'atropine diminuant l'excitabilité des fibres cardiaques du nerf vague.

C'est avec juste raison que François Franck faisait de grandes réserves sur la valeur de ce procédé. Il a joui d'abord d'une grande vogue, car il donne rapidement, et sans excitation, une anesthésie calme; mais il expose à des accidents tardifs graves. (Terrier, Regnier, Société de chirurgie, juillet 1890.)

L'atropine paraît entraver l'élimination du chloroforme et favoriser l'intoxication tardive.

5. Laborde a proposé de substituer à l'injection d'atropo-morphine celle de nascéine, qu'il obtient par électrolyse à un grand état de pureté et de solubilité.

6. François Franck, dont les travaux ont jeté une si vive lumière sur la pathogénie des accidents de l'anesthésie, a proposé d'obtenir, par une cocaïnisation préalable, la sensibilité de la muqueuse des premières voies et de supprimer ainsi le danger de la syncope laryngo-réflexe. A cet effet, il injecte dans les narines un centimètre cube d'une solution de cocaïne à 2 p. 100 et pulvérise dans le pharynx de la vapeur d'eau cocaïnée.

7. Poitou-Duplessy, dès 1887 (premier travail publié en février 1889); Kocher, de Berne (1890); Terrier et Hartmann (octobre 1892), ont successivement employé le bromure d'éthyle, associé à un autre anesthésique. Dans les Bulletins et Mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (avril 1892), j'ai ainsi défini les avantages de mon procédé mixte :

1° Atténuation (comme par la cocaïnisation de François Franck) de la *sensibilité périphérique des muqueuses* laryngée nasale et même bronchique ;

2° Atténuation (comme par l'atropo-morphine de Dastre et Morat) de l'excitabilité nerveuse centrale, avec diminution de la *réflectivité bulbo-médullaire.*

Il importe, pour faire saisir l'importance du procédé, d'entrer dans quelques détails sur l'action physiologique du bromure d'éthyle.

III

Le bromure d'éthyle ($C^2 H^5 Br$, notation atomique), éther bromhydrique (densité 1.43, d'odeur éthérée et suave quand il est pur) avait été signalé comme un bon anesthésique local par Terrillon (Société de chirurgie, 1880), ayant sur l'éther, quand il est employé en pulvérisation, le grand avantage de n'être pas inflammable.

En Amérique, Turnbull, puis Lewis, de Philadelphie, l'avaient employé comme anesthésique général et l'avaient tiré de l'oubli où il était resté 30 ans, à la suite des premiers essais de Nunnelz, de Leeds.

En France, Berger, Verneuil, Perrier l'essayèrent successivement. Mais bientôt on signala des accidents graves dus à son emploi ; on reconnut que, s'il avait l'avantage de produire l'anesthésie très rapidement et presque sans excitation, en revanche, cette anesthésie était de courte durée, et ne pouvait être prolongée sans danger, car le bromure d'éthyle amenait rapidement les accidents toxiques, l'apnée paralytique. Il fallut donc y renoncer pour les opérations devant avoir une certaine durée, — les Auristes, les Laryngologistes, les Rhinologistes, dont les opérations sont courtes, continuèrent à l'employer, lui trouvant l'avantage (grâce à son action vaso-dilatatrice et à la congestion de la face qu'il produit) de permettre l'anesthésie le malade étant assis, tandis que le chloroforme nécessite impérieusement la situation horizontale.

Le bromure d'éthyle n'est point, comme le chloroforme, un agent caustique, irritant pour la peau et les muqueuses, il n'expose donc pas au danger de la syncope laryngo-réflexe; son action sur les centres nerveux est plus rapide que celle de l'éther et du chloroforme; la phase de paralysie des activités nerveuses est atteinte pour ainsi dire d'emblée, sans être précédée de la phase préalable d'exaltation; c'est pour ce motif qu'il produit rapidement l'anesthésie, sans période d'excitation ou avec une excitation très courte.

Ainsi, pour les deux premières périodes de l'anesthésie, supériorité incontestable sur le chloroforme ; par contre, infériorité très grande sur celui-ci, à la troisième période, celle de l'anesthésie confirmée, où il expose beaucoup plus, si l'anesthésie se prolonge, à l'*Apnée toxique*, précisément à cause de la rapidité de son action paralysante.

Comme le chloroforme, et à un plus haut degré que lui, il excite les sécrétions salivaire et bronchique; il produit, moins souvent que lui, les vomissements et l'état nauséeux (à part certaines idiosyncrasies), et lorsqu'il est employé dès le début de l'anesthésie (dans la méthode mixte), comme il diminue notablement la quantité de chloroforme absorbée ultérieurement, les vomissements post-opératoires sont moins fréquents, ainsi que je l'ai signalé dès 1889.

Son action sur le cœur et les gros vaisseaux est différente de celle du chloroforme. Il n'augmente pas comme lui la pression sanguine; il est vaso-dilatateur, au lieu d'être vaso-constricteur, et produit la turgescence de la face au lieu de sa pâleur.

Les recherches récentes consignées dans la thèse de Ginsburg (Saint-Pétersbourg, 1892) confirment les données ci-dessus. Il résulte des expériences faites par cet auteur sur des animaux qu'avec des vapeurs à faible saturation, le sommeil est obtenu sans modification de la pression sanguine; que, si les vapeurs sont plus saturées, la pression sanguine s'abaisse, la respiration se ralentit, les battements cardiaques deviennent irréguliers; l'arrêt de la respiration précède toujours l'arrêt du cœur; et qu'enfin, introduit dans le sang à trop haute dose, le bromure d'éthyle est un agent toxique pour le muscle cardiaque; qu'en somme, c'est un anesthésique qui paraît supérieur au chloroforme pour les anesthésies courtes, mais lui est inférieur pour celles de longue durée.

D'autre part, Bourneville et Olier avaient employé avec grand avantage le bromure d'éthyle contre les phénomènes convulsifs de l'hystérie et de l'épilepsie; plusieurs accou-

cheurs (et moi-même en 1887) avaient jugulé avec lui, mieux qu'avec le chloroforme, des attaques d'éclampsie.

C'est donc bien un modérateur des réflexes bulbo-médullaires.

Il pouvait donc sembler rationnel d'associer le bromure d'éthyle avec un autre agent anesthésique, utilisé pour prolonger l'anesthésie obtenue grâce à lui.

Cependant, Lucas-Championnière, qui avait indiqué le premier à la Société de chirurgie, en 1880, la possibilité de tenter cette association, ne l'avait point réalisée, et, en 1883, il déclarait (*Journ. méd. et chir. prat.*, art. 12,278) qu'il fallait abandonner, comme anesthésique général, le bromure d'éthyle, qui avait déjà dans la chirurgie un passé d'accidents redoutables.

L'association du bromure d'éthyle à un autre anesthésique, l'éther, fut tentée à l'étranger par Kocker (de Berne) qui, en 1890 (correspondenz Blatt für Schweiz Aerzte), signale les bons résultats obtenus, l'insensibilité rapidement acquise et sans période d'excitation.

Mais, je tiens à faire remarquer que déjà, plus d'un an avant, en février 1889, dans les *Archives de médecine navale*, à la fin d'un travail relatif à l'emploi de mon cornet pour l'anesthésie chloroformique, j'annonçais avoir employé avec succès, à l'aide de ce même instrument, une méthode d'anesthésie chirurgicale mixte, par le bromure d'éthyle et le chloroforme, atténuant ou supprimant la période d'excitation initiale, les nausées et les vomissements post-opératoires, et sur laquelle je me réservais de publier ultérieurement une autre communication.

Au mois d'avril 1892, j'ai lu à la Société obstétricale et gynécologique de Paris une communication insérée aux *Bulletins et Mémoires* de cette Société, donnant sur la méthode tous les détails théoriques et pratiques, ainsi qu'a bien voulu le rappeler à la Société de chirurgie M. le docteur Richelot, lorque dans une séance d'octobre 1892, M. Terrier fit connaître à cette société les bons résultats que M. Hartmann et lui avaient obtenu à l'aide du même procédé.

On me permettra d'autant plus cette petite revendication de priorité qu'il s'agit d'établir que c'est en France, et non à l'étranger, qu'a été appliqué pour la première fois le principe de l'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle associé à un autre agent anesthésique.

Quant au *modus faciendi*, il est fort simple :

1. Verser sur le cornet ou la compresse que l'on emploie le bromure d'éthyle plus largement que le chloroforme, mais sans cependant rechercher une action trop rapide; faire respirer pendant 2 à 5 minutes.

2. Dès que l'on voit que le malade commence à perdre (sans excitation) le sentiment des choses extérieures, en même temps que la face se congestionne un peu et que la pupille commence à se dilater, substituer le chloroforme, versé d'une façon méthodique (procédé dosimétrique).

On obtient assez vite l'anesthésie complète, quelquefois directement, quelquefois en traversant une phase d'excitation modérée et très courte.

3. Dans certains cas (avec des alcooliques), où cette excitation paraîtrait un peu exagérée, on l'arrêterait en revenant momentanément et largement au bromure d'éthyle. Je l'ai constaté en anesthésiant des alcooliques invétérés.

4. Bientôt on a l'anesthésie confirmée (résolution musculaire, contraction pupillaire, abolition du reflexe oculo-palpébral); on l'entretiendra facilement avec une dose de chloroforme réduite au minimum (1).

(1) Dans mon mémoire lu à la Société obstétricale, j'ai rappelé qu'elles étaient les doses de chloroforme à employer si l'on se sert de mon cornet, 10 à 15 gouttes par quart

On sera d'autant moins exposé aux accidents toxiques de cette dernière période, que l'on n'aura eu besoin pour obtenir l'anesthésie que d'une quantité de chloroforme très réduite.

Dans cette association de deux anesthésiques, dont l'action sur les muqueuses d'absorption, sur le cœur, sur la pression sanguine, est absolument différente ; nous pouvons dire :

« Les effets anesthésiques s'ajoutent, tandis que les effets toxiques se combattent. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1893. — Présidence de M. CHAUVEL.

Après la lecture du procès-verbal, M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une lettre de M. le docteur LARGER, membre correspondant, qui réclame la priorité sur certains points de l'étiologie du tétanos. Il rappelle qu'en 1885, il a donné sur cette question les conclusions suivantes :

« Le tétanos est une affection épidémique.

« Il peut devenir endémique en toute saison, et cette endémicité se rencontre surtout dans les campagnes, ce qui prouve que les germes doivent se trouver dans le sol.

« Enfin, le tétanos est contagieux, et on en a observé des passages très nets des chevaux à l'homme. »

L'étiologie équine de cette affection n'en appartient pas moins au professeur Verneuil, suivant la remarque de M. LARGER, qui s'est borné à signaler ce fait sans le généraliser.

M. LE PRÉSIDENT estime que cette revendication ne doit pas faire l'objet d'une discussion, et consulte la Société à ce sujet. Cette dernière est de l'avis du Président et remet la question au moment où M. Larger viendra lui-même la poser à la tribune.

— M. CHAUVEL, président sortant, après une courte allocution dans laquelle il remercie le bureau et les membres de la Société du concours qu'ils ont bien voulu lui prêter, cède la place à M. PÉRIER, qui prend immédiatement la parole pour dire combien il est flatté de l'honneur que lui ont fait ses collègues en le choisissant. Mais un triste devoir s'impose à lui, dès son entrée en fonctions : « Nous ne verrons plus ici Horteloup », s'écrie son ancien camarade de collège et d'internat, et, dans un fort beau langage, il retrace la carrière de ce chirurgien des hôpitaux, qui fut élu secrétaire général de la Société de chirurgie en 1880 et président en 1886. M. Périer rappelle la défense du défunt de faire des discours sur sa tombe et propose de lever la séance en signe de deuil, proposition qui est aussitôt mise à exécution.

---

de minute pour obtenir l'anesthésie, et quand elle est obtenue une dose moitié moindre, 5 à 6 par quart de minute, suffit pour l'entretenir. Le chloroforme ayant 54 gouttes au gramme, on voit que l'anesthésie s'entretient avec 0,30 à 0,50 par minute.

COURRIER

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé par les nominations suivantes :

1. Cunéo, Ombredaine, Herbet, Bickert, Pédeprade, Chabry, Seringe, Gandy, Brin, Irimescu.

11. Pauly, Bernard (Léon), Mousseaux, Sauvage (Camille), Tournemelle, Bardury, Tissot (André), Cestan, Nobécourt, Rosal.

21. Deguy, Claisse, Cerf, Ferrand (Jean), Fournier (Edmond), Guéry, Riuréanu, Bramel de Clépule, Imbert, Péronnet.

31. Guilbaud, Lardennois, Audiau, Blandain, Frivet Zamfiresco, Bellin, Chevrey, Clerc (Antonin), Colin (Gabriel).

41. Lacambre, Lambard, Mesnil, Nanu, Barnsby, Boumy, Bureau, Cannet, Cavalié, Comar.

51. Mme Eliacheff, Guibert-Lassalles, Leven, Rist, Vaquer-Bestard, Veillard, Wesberge, Liégeard, Lefèvre (Gaston), Thoyer.

61. Duclos, Le Fur, Weil (Emile), Mlle Bouet, Debienne, Dupuy (Emile), Jaulin, Lorrain, Raoux, Renault.

71. Babon, Eleutérescu, Leroy des Barres, Mlle Podobedoff, Pouquet, Robillard, Tallandier, Proust, Bouvard, Galca.

81. Bonnus, Bossan, Delestre, Giusez, Lecoq, Pératé, Thoizon, Walbaum, Wéber, Aldhuy.

91. Brosset, Cadol, Mlle Kédroff, Théoari, Tissier (Henri), Vignaudon, Escat (Jean), Hauser (Achille), Minet, Kiffé.

101. Brinon, Grognot, Guillot (Hippolyte), Masbrenier, Petit, Pompéani, Andréau, Escat (Etienne), Jacomet, Mendelson.

111. Sauvage (Raymond), Soulier, Turot, Couvreur (Emile), de Font-Réaulx, Descazals, Duviard, Guillermain, Keim, Monod.

121. Siron, Lanoix, Puech-Legoyt, Thiénot, Tronchaud, Bossu, Ménier, Choppin, Cohan, d'Herbicourt.

131. Herrenschmidt, Kuborn, Levillain (Henry), Corby, Cuilmard (Alfred), Jalaguier, Lafont, Pasquier, Thirard, Trujillo.

141. Unganer, Bacaloglu, Marçais, Morély, Zeimet, Chaillous, Debray, Kourilsky, Fournié (Jacques), Chéron.

151. D'Arbois de Jubainville, Mlle Marein, Mlle Schultz, Chevallier, Lenglet, Coursier, Schweisguth, Veuillot, Mlle Corodianu, Fancy.

161. Malartic, Marotte, Montalescot, Ovize, Wahl, Bécart, Choyan, Couillaud, Ducamp d'Orzas, Lucas.

171. Grosjean, Peaudecerf, Nicaise, Mlle Chrzanowska, Arnal, Brun, Canu, Guilleminot, Martinet, Neveu.

181. Ancelet, Emmerich, Ganault, Guessarian, Hauviller, Jay, Rochebois, Roglet, Chanveau, Boyon.

191. Janot, Pierrot, Schachmann, Tissier (Paul), Fernique, Leroy (Paul), Milian, Berthelin, Lacroix (Pierre), Nicoloff.

201. Garoflid, Rousseau, Bernard (Arthur), Grisel, Le Lionnais, Nollet, Ségall, Berthérand (Lucien), Bourg, Caracotchian.

211. Ecart, Julien (Camille), Mulon, Picard (Henri), Bluysen, Boutin, Dauriac, Joguet, Bochon, Juillot (Maurice).

221. Marcille, Métivier, Richelot, Lejonne, Pasquet (Victor), Chalochet, Hallet, Baranger, Bürmann, Cros.

231. Forestier, Baudrand, Bertrand (Gabriel), Bluzat, Lanos, Marcotte, Cels, Guillemot (Albert), Herscher, Bouquet.

241. Ehrmann, Clément, Bellot, Arago, Faure, Langlois, M[lle] Myzynska, Patricopoulos, Abdullahian, Desbordes.

251. Garin, Laroche, Dardonnat, Bron, Cahuzac, Labbé, Legay, Mercier, M[lle] Broïdo, Siems.

261. Soukernik, Sibut, Rousseau (Paul), Villeneuve, Boricaud, Brusset, Delmont-Bibet, Retournard, Grenet, Minelle.

271. Planchon, Dally, Le Maguet, Cauchemez, Plésoïanu, Cochemé (H.), Got, Spindler (H.), Glindziez, M[lle] Lapre.

281. Bourdier, Farabeuf, Marchais, Chéloldaef, Elias, Hernette (Louis), Quentin, Archambault, Bruchon, Devié.

291. Dulac, Grasset, Kottenberg, Boulle (Félix), Dézon, Lévy (Armand), Vlantassopoulo, Dupouy (Marcel), Bonté, Thielmans.

301. Boullier, Degrenne, Boyer, Rochory, M[lle] Bromberg, Devoir, Dujon, Néret, Bernard (Armand), Fsorman.

311. Bucquet, Etable, Carcy, Loubet, Tsakiris, Viollet, Dézanneau, Fortunet, Guibé, Salvy.

321. Lefèvre (Charles), Magne (Joseph).

— Par suite du décès de M. Desnos, médecin à la Charité, les mutations suivantes auront lieu, à dater du 1[er] février, dans les services de médecine des hôpitaux de Paris:

M. Straus passe à la Charité; M. Gingeot, à Laënnec; M. Gaucher, à Saint-Antoine; M. H. Martin, à l'hôpital du Danube; M. Marie, à l'hôpital Debrousse.

— MM. les docteurs Chantemesse et Charrin sont nommés membres du Comité consultatif d'hygiène publique de France en remplacement de MM. Pasteur et Peter, démissionnaires.

— M. Budin a repris à la Charité (amphithéâtre Velpeau) ses leçons de clinique obstétricale jeudi dernier, 25 janvier, à dix heures du matin, et les continuera les jeudis suivants.

— A partir du 1[er] février, M. Marfan, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fera ses leçons à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis à l'hôpital des Enfants-Malades.

— L'Académie de médecine a reçu les lettres de candidature de MM. Martin, Napias et Magnan pour la place laissée vacante dans la section d'hygiène par la mort de M. Guéneau de Mussy, et les lettres de MM. Straus, Troisier, Rendu et Joffroy pour la place laissée vacante dans la section de pathologie interne par la mort de M. Villemin.

— M. le docteur Netter, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Nancy, est admis, pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— L'*Académie de médecine* changerait bientôt de local et se transporterait de la rue des Saints-Pères dans la rue Bonaparte. Elle a été, en effet, autorisé à échanger un terrain qu'elle possède avenue de l'observatoire, contre un immeuble très voisin de la place Saint-Sulpice. Ainsi seraient remplies les conditions requises: salle plus vaste, bureaux plus spacieux et proximité du centre de Paris.

— L'Association des voyageurs de commerce vient de décerner, au nom de son conseil, une médaille d'argent à M. le docteur Hays (de Paris), et, au nom du ministre de

l'intérieur, une médaille d'argent à M. le docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Une circulaire ministérielle demande, dans les ports, les noms des médecins de 2e classe désireux d'aller servir à la prévôté du bataillon d'apprentis-fusiliers à Lorient.

MM. les médecins principaux Fontorbe, Gailliot et Burot sont relevés, sur leur demande, de leurs fonctions de professeurs des Ecoles-annexes de médecine navale; — ls seront inscrits, le 10 février, à leur rang sur la liste d'embarquement des officiers de leur grade.

Par suite, le ministre a décidé que des concourts seraient ouverts :

A Rochefort, le lundi 13 mars, pour l'emploi de professeur de pathologie exotique et d'hygiène navale; et, le lundi 20 mars, pour l'emploi de professeur de chirurgie militaire et navale;

A Toulon, le lundi 27 mars, pour l'emploi de professeur de pathologie exotique et d'hygiène navale.

Cliniques et conférences faites dans les hôpitaux de Paris *pendant le premier semestre 1892-1893.* — *Trousseau.* — M. Legroux : Maladie des enfants, le mercredi à trois heures et demie, salles Blache et Barrier.

M. Sevestre : Conférences cliniques et examen des malades, les mercredis, samedis à neuf heures, salles Lugol et Triboulet. — Pendant l'été, les conférences auront lieu à l'amphithéâtre.

M. Moizard : Conférences cliniques et examen des malades, les lundis, jeudis à neuf heures, salles Bouvier et Archambault.

Enfants-Assistés. — M. Hutinel : Conférences cliniques sur les maladies des nouveau-nés, le jeudi à neuf heures et demie, couloir du bâtiment central (à partir de mars 1893).

M. Kirmisson : Maladies chirurgicales de la colonne vertébrale, les lundis, vendredis à neuf heures, couloir du bâtiment central (de mars à juillet 1893).

Salpêtrière. — MM. Joffroy et J. Voisin : Maladies nerveuses et mentales, les jeudis, samedis à neuf heures et demie, salle de consultation de l'infirmerie générale (janvier, février, mars 1893).

M. A. Voisin : Maladies mentales et nerveuses, le dimanche à neuf heures et demie, salle de réunion à la section Rambuteau (en mai 1893).

M. Séglas : Séméiologie et diagnostic des maladies mentales, le jeudi à 10 heures, parloir de la section Pinel (à partir de février 1893).

M. Terrillon : Affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, le mercredi à dix heures, salle de consultation de l'infirmerie générale.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

NÉPHRITE OURLIENNE. — COMPLICATIONS RHUMATOIDES ET CARDIAQUES DES OREILLONS,

Par le docteur G. COMBY (1), médecin des hôpitaux.

Néphrite ourlienne.

Les complications des oreillons du côté de l'appareil urinaire ont une certaine importance. Déjà, Pratolongo avait signalé l'anasarque qui succède à certains cas d'oreillons et qui rappelle, trait pour trait, l'anasarque scarlatineuse.

Renard (épidémie d'Antibes, 1856) a vu trois jeunes soldats présenter de l'albuminurie avec anasarque, et il attribue cette complication, qui guérit d'ailleurs parfaitement, à une fluxion rénale analogue à la fluxion parotidienne. Lors d'une épidémie plus récente (Angers, *Arch. de méd. mil.*, 1885), Renard a retrouvé plusieurs fois l'albuminurie avec issue mortelle dans trois cas. Dans un quatrième cas, le malade avait déjà eu les oreillons; il présenta un œdème considérable des bourses et des membres inférieurs et guérit.

M. Jourdan a vu un cas d'oreillons se compliquer d'hématurie; dans ce cas, il y avait en outre un gonflement de la glande thyroïde.

M. L. Colin a observé deux fois l'anasarque chez des soldats atteints d'oreillons; un de ces cas, terminé par la mort, mérite d'être rapporté (2).

Un soldat de la garde républicaine, âgé de 24 ans, très robuste, bien portant d'habitude, éprouve le 23 octobre 1875, étant de garde, une gêne douloureuse dans les testicules, qui se tuméfièrent ensuite, avec prédominance à droite. Le lendemain apparut un gonflement de la région parotidienne gauche, sans fièvre notable. Puis la face devient bouffie et l'œdème gagne tout le corps. On constate la présence de l'albumine dans les urines et on envoie le malade au Val-de-Grâce avec ce diagnostic : *Anasarque et ascite avec albuminurie; début par des oreillons.* On soumet le malade à l'usage des purgatifs et des diurétiques, il reste stationnaire. Le 6 novembre, il a des troubles de la vision; l'acuité visuelle est diminuée, la papille est œdémateuse, il y a des taches rétiniennes. A partir du 10 novembre, le malade se plaint de dyspnée et de céphalalgie, avec insomnie. Le 12 novembre, la douleur de tête arrache des cris au malade. Le 13 novembre, il est pris d'une crise convulsive épileptiforme terminée par du coma.

La quantité des urines ne dépasse pas 300 c. c. en vingt-quatre heures; il y a, par litre, 10 grammes d'urée et 22 grammes d'albumine. Quatre sangsues sont appliquées aux apophyses mastoïdes; le sang contient beaucoup d'urée et de graisse. Le 14 et le 15 novembre, nouvelles crises épileptiformes; le 17 novembre, orthopnée; le 21 novembre, mort dans l'asphyxie.

A l'autopsie, les reins sont volumineux, la substance corticale est jaunâtre, avec

(1) Extrait d'un volume actuellement sous-presse : *Les Oreillons.*

(2) *Soc. méd. de thérap.*, 1876.

taches blanchâtres irrégulières; au microscope, on constate une prolifération active dans la substance interstitielle; beaucoup de tubuli sont remplis de cylindres fibrineux et granulo-graisseux. Il y a à la fois néphrite interstitielle et épithéliale. Le foie est peu altéré, la rate est grosse. Épanchement séreux dans les plèvres, œdème des poumons. Cœur hypertrophié. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est l'absence d'état fébrile, la précocité de l'anasarque et de l'albuminurie qui, contrairement à ce qui se passe dans la scarlatine, a été nettement constatée.

L'observation rapportée par M. Karth, dans sa thèse, est remarquable par la gravité insolite des symptômes et par leur caractère éminemment infectieux; les oreillons, dans ce cas, rappelaient les diphtéries toxiques ou les scarlatines malignes, et le malade a failli mourir empoisonné dès les premiers jours. L'urine, qui présentait les caractères extérieurs de l'urine des néphrites infectieuses, contenait, en même temps que l'albumine rétractile, des bactéries en nombre incalculable.

Voici le résumé de cette observation qui représente la forme hypertoxique des oreillons :

Un homme de 24 ans, employé aux Halles, entre à Lariboisière le 20 septembre 1883. Il a eu la fièvre typhoïde à 12 ans; il n'est pas alcoolique. Le 18 septembre, il a éprouvé un peu de malaise, suivi bientôt de violents maux de tête, de gonflement des paupières avec cuisson dans les yeux, de nausées et vomissements; il ne put manger le soir. Dans la nuit, fièvre, insomnie, céphalée. Le lendemain, les joues et le cou sont enflés, la gorge est sèche et douloureuse, épistaxis assez abondante. Le 20, le gonflement du cou et des joues a augmenté, les maux de gorge et de tête persistent; le malade entre à l'hôpital. On constate de l'œdème des paupières et de l'œdème sous-conjonctival. Les régions parotidiennes, sous-maxillaires et cervicales sont énormes, empâtées, rouges; le gonflement s'étend des articulations temporo-maxillaires au sternum. La gorge était rouge.

La température s'élève, le soir, à 41°. A l'aspect du malade, on songe à trois affections : le gonflement des diphtéries graves; le phlegmon de l'angine scarlatineuse; les oreillons; mais il n'y a ni fausses membranes ni éruption, le diagnostic d'oreillons reste seul.

Sa salive s'écoule au dehors, la face interne des joues est recouverte d'un enduit épithélial. La déglutition est douloureuse. La rate est très grosse. Le malade reste un jour sans uriner, la vessie est pourtant vide.

Albumine rétractile en abondance. Traitement : Potion de Todd, sulfate de quinine et acide salicylique (2 grammes de chaque en huit paquets, d'heure en heure). — Le 22 et le 23 (cinquième et sixième jour), amélioration. Le 24 (septième jour), à la suite d'un refroidissement, gonflement considérable des paupières et chémosis, exophthalmie légère. A ce moment, l'œdème du cou et le gonflement des glandes parotides et sous-maxillaires ont entièrement disparu. Le 25 (huitième jour), grande amélioration. Le 26 au soir, le gonflement des régions parotidiennes a reparu; il persiste le 27; la gorge est très douloureuse et exulcérée. La pression longtemps prolongée sur la parotide droite en fait sortir une goutte de salive louche, qui présente des leucocytes et des granulations rappelant les micrococques. Sur une pièce colorée au violet, on voit des bâtonnets très courts et des spores réunies deux par deux. L'urine, redevenue abondante, contient très peu d'albumine; le pouls est ralenti (50 par minute).

Le 28 (onzième jour), la fluxion parotidienne a diminué, mais les glandes sous-maxillaires sont légèrement gonflées, et la pression fait sourdre, du canal de Wharton, une salive filante et trouble. Le pouls continue à être lent (52).

Le 29 (douzième jour), les glandes ont repris leur volume normal; pas de fièvre; pouls 50.

Le 30 (treizième jour), œdème de la paupière gauche; pas de fièvre; pouls 48. Urine très abondante (2,300), avec une quantité insignifiante d'albumine.

Le 1er octobre (quatorzième jour), la paupière gauche reste rouge, mais n'est plus œdématiée, sauf dans l'angle externe; on sent, à ce niveau, un empâtement dû probablement à l'hypertrophie de la *glande lacrymale*. Pouls 52.

Le 2 (quinzième jour), plus de gonflement nulle part, langue dépouillée, gorge rouge, plus d'albuminurie; pouls 52. Enfin, le malade sort de l'hôpital le 25 octobre, guéri, mais considérablement amaigri. On voit combien cette observation offre de particularités intéressantes; quoique le malade n'ait présenté, à aucun moment, de manifestation testiculaire, les symptômes généraux ont acquis une intensité extrême, que nous n'observons pour ainsi dire jamais chez les enfants, et qui rangent les oreillons à côté des grandes maladies infectieuses.

L'albuminurie ourlienne a été observée par M. Jaccoud; elle a fait le sujet de la thèse de M. Gagé (1).

Elle est aujourd'hui de notion vulgaire.

Si la néphrite ourlienne est rare chez l'adulte, et si les observations analogues à celles de M. Colin, de M. Karth, se comptent, que dire de cette complication chez les enfants? Elle est assurément exceptionnelle, mais elle existe, et M. Croner a rapporté avec détails, à la Société de médecine de Berlin, un cas de néphrite consécutive aux oreillons, chez un petit garçon de six ans (2). Le 20 novembre 1883, lors d'une épidémie importante qui régnait alors à Berlin et surtout dans les faubourgs de l'ouest, un petit garçon de six ans est atteint d'une parotidite du côté gauche, précédée d'une fièvre assez forte. Cette parotidite se termine par résolution, mais cinq jours après, et sans avoir quitté son lit, le malade est pris d'un nouvel accès de fièvre, et la parotide se tuméfie. L'engorgement se dissipe assez vite, mais l'enfant reste languissant et ne veut pas quitter le lit.

Le 4 décembre (15 jours après le début), on remarque un œdème des paupières, de la face dorsale, des mains et des pieds, avec léger degré d'ascite. L'urine, excrétée en petite quantité, est hémorrhagique et contient beaucoup d'albumine. Le 10 décembre, la néphrite allant mieux, la fièvre se rallume, les glandes lymphatiques de l'angle de la mâchoire gauche se tuméfient avec le tissu cellulaire voisin, l'urine redevient hémorrhagique et albumineuse. Le 18 décembre, ces phénomènes avaient cédé; mais alors les ganglions du côté droit se prennent à leur tour. Après ce dernier incident, l'albuminurie persista encore pendant cinq semaines et l'entrée en convalescence fut reculée jusqu'au 15 janvier 1884.

Les oreillons, ainsi compliqués de néphrite, avaient duré près de deux mois. Ce cas est donc un exemple assez net de néphrite ourlienne chez un jeune sujet; ici, le pronostic a été favorable et la néphrite a évolué sans complications urémiques analogues au cas de M. L. Colin.

Complications rhumathoïdes et cardiaques

Trousseau signale, dans le cours des oreillons, des douleurs articulaires rappelant le rhumatisme scarlatineux.

Jourdan, sur 61 cas d'oreillons, a vu quatre fois des douleurs articulaires aux épaules, aux coudes, aux poignets; ces arthralgies ne s'accompagnaient pas de fluxion, de gonflement, elles disparaissaient en quelques jours. Sur ces 61 cas, s'il n'y eut que quatre

(1) Paris, 1892.
(2) 18 février 1884.

fois des douleurs articulaires, il y eut 12 fois des épistaxis (9 fois au début, 3 fois dans le cours de la maladie). Cet accident se montra surtout dans les formes graves. (Epidémie de Dax, 1878).

Mais revenons aux manifestations rhumatismales ou rhumatoïdes qui viennent compliquer les oreillons et qui ont été signalées dans plusieurs épidémies.

On trouve, dans la relation de l'épidémie de Genève laissée par Rilliet, l'observation suivante : « Chez deux frères, l'oreillon a été rapidement suivi d'un rhumatisme aigu ; chez l'un, il y avait eu attaque de rhumatisme franc quelques années auparavant. » Ici, nous sommes en présence, évidemment, d'une récidive de rhumatisme articulaire aigu, et non d'un rhumatisme secondaire, d'un pseudo-rhumatisme ourlien. Les oreillons ont pu provoquer, hâter, précipiter l'explosion du rhumatisme, ils ont joué le rôle d'une simple cause occasionnelle, par l'affaiblissement de l'organisme ou par tout autre mécanisme; mais ils ne sont pas la cause intime, essentielle, primitive de l'affection rhumatismale qui leur a succédé. Il y a coïncidence, non subordination des deux maladies l'une à l'autre.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et nous allons retrouver, dans les oreillons comme dans les autres maladies infectieuses (scarlatine, blennorrhagie, puerpérisme, etc.), des manifestations articulaires d'un autre ordre, qu'on décrit habituellement aujourd'hui sous le nom de *pseudo-rhumatisme infectieux*.

Les douleurs articulaires signalées par Jourdan pourraient entrer dans cette espèce morbide.

Bourcy, dans sa thèse sur les déterminations articulaires des maladies infectieuses, n'hésite pas à faire rentrer le rhumatisme ourlien dans le groupe des pseudo-rhumatismes infectieux (1). Un petit nombre d'observations conformes à cette théorie ont été rapportées par Chaumier, Glénereau, Boinet (2), Lannois et Lemoine (3), Plagneux, de Cérenville, Liégeois (4).

M· Gachon, dans un travail sur le pseudo-rhumatisme ourlien (5) distingue plusieurs formes et plusieurs degrés.

Tantôt, au cours ou à la suite d'oreillons qui évoluent normalement, on voit quelques articulations devenir douloureuses et impotentes, sans réaction inflammatoire vive, sans gonflement notable, sans rougeur ; ces arthralgies siègent de préférence au genou, à la hanche, au cou-de-pied, à l'épaule; elles n'attaquent qu'un petit nombre de jointures à la fois. Tantôt la réaction est intense, il y a un gonflement et un épanchement articulaires très marqués. Cet épanchement peut présenter les allures de l'hydarthrose (cas de Boinet). Les articulations ne sont pas seules en cause, les gaines synoviales des doigts peuvent être envahies, des douleurs peuvent se montrer dans les muscles de la cuisse et de la jambe, dans les lombes, M. Bergeron (cité par d'Heilly) (6) aurait vu, à l'hôpital Necker, le gonflement de la bourse prérotulienne droite succéder à la tuméfaction parotidienne. La fièvre est modérée ou nulle.

En peu de jours la complication rhumatoïde évolue et disparaît sans laisser de traces ; cependant plusieurs articulations peuvent être prises successivement, ce qui accroît la durée de la maladie.

(1) *Thèse de Paris*.
(2) *Lyon médical*, 1885.
(3) *Revue de médecine*, 1885.
(4) *Progrès médical*, 1891.
(5) *Thèse de Montpellier*, 1887.
(6) *Dictionnaire Jaccoud*.

La terminaison par résolution est la règle, la terminaison par suppuration est douteuse ou exceptionnelle.

On a cité des cas d'oreillons précédés par des manifestations articulaires; ce renversement de la marche habituelle s'observe aussi, on l'a vu, dans l'orchite ourlienne.

Voici quelques exemples :

1° Un jeune soldat (LANNOIS ET LEMOINE) est pris d'angine, d'érythème noueux, puis d'arthropathie au niveau des genoux et des pieds. Vient ensuite le gonflement parotidien; les douleurs articulaires s'atténuent pour reparaître ensuite à la fin des oreillons.

L'intervention de l'érythème noueux, qui s'accompagne assez souvent d'arthropathies, dans cette observation, lui ôte, à mes yeux, une partie de sa valeur. On peut contester ici, pour cette raison, l'origine ourlienne du rhumatisme. M. Rondot a vu, chez un garçon de 15 ans, l'érythème noueux succéder aux oreillons, je ne crois pas cependant qu'aucun lien pathogénique rattache ces deux maladies (1).

Un jeune homme est pris de douleurs coxofémorales et lombaires, les genoux sont douloureux, tuméfiés, les mouvements sont entravés, il y a de la fièvre. Le lendemain, les parotides se prennent. Trois jours après, albuminurie notable. Puis les douleurs diminuent, et après une courte rechute, guérison. La maladie a duré vingt jours en tout. (PLAGNEUX.)

Le même auteur rapporte un second fait semblable, sans fièvre ni albuminurie.

Voici un cas dans lequel les arthropathies furent suivies de péricardite.

Un sapeur du génie (GACHON), sans antécédents rhumatismaux, entre dans le service du professeur Combal, hôpital Saint-Éloi, à Montpellier. Après avoir eu les oreillons, sans orchite, le malade est pris de douleurs dans les genoux, qui sont un peu rouges, mais non tuméfiés. On perçoit le lendemain un dédoublement du premier bruit à la pointe du cœur, du second bruit à la base. Puis on perçoit un frottement très net à la région précordiale. Il n'y a pas de fièvre. Au bout de cinq jours, les douleurs ont disparu, le frottement péricardique persiste. Au bout de six semaines, on entend ce frottement et un souffle systolique à la pointe.

Cette observation va nous fournir une transition toute naturelle pour passer aux complications cardiaques des oreillons. Quoique non moins rares que les arthropathies, elles méritent une étude sommaire.

La péricardite, dont je viens de parler, est décrite dans la thèse de Gachon et dans celle de Notarès (2).

Elle se rencontre assez souvent chez des malades qui ont des antécédents rhumatismaux, et alors je ne vois pas bien la raison qui la ferait rapporter aux oreillons. Elle ne mérite réellement le nom de *péricardite ourlienne* que dans les cas où elle atteint des individus vierges de rhumatismes.

Cette péricardite serait habituellement sèche, isolée, sans propagation à l'endocarde. Quoique peu étendue, légère en apparence, elle ne guérirait pas toujours et son pronostic est sérieux.

M. Grancher a observé une endopéricardite développée au cours de l'orchite ourlienne, qui guérit sans laisser de traces (3).

Parmi les complications rares des oreillons, il faut citer l'endocardite, dont M. Jaccoud a produit un exemple très remarquable. Un jeune homme de 19 ans entre à

(1) *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 1888.
(2) Montpellier, 1887.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1884.

l'hôpital au septième jours de sa maladie : les deux parotides, les deux glandes sous-maxillaires étaient tuméfiées, le testicule gauche était pris, la température dépassait 39° ; elle ne tarda pas à dépasser 40° et à se maintenir à ce niveau élevé pendant plusieurs jours ; il s'agissait donc d'un cas grave.

Il n'y avait pas d'albuminurie, mais la rate était augmentée de volume, et enfin on put suivre l'évolution d'une véritable *endocardite ourlienne*. Le matin du huitième jour, l'auscultation du cœur ne révélait pas de bruit anormal, mais la palpitation montrait que le choc du cœur était trop énergique, trop prolongé, trop vibrant ; M. Jaccoud n'hésita pas à annoncer une endocardite mitrale, et, dès le lendemain, on percevait un souffle systolique à la pointe. En même temps, à la base, au niveau des articulations sternales de la deuxième et de la troisième côtes, on percevait un frottement péricardique. Les jours suivants, le frottement ne se modifia pas, mais le souffle augmenta de force et de rudesse, et, au quatorzième jour, il avait son maximum de netteté. *Il était hors de doute qu'une endorcardite mitrale s'était développée au cours et sous l'influence des oreillons.* Chez le malade de M. Jaccoud, M. Netter a trouvé des microbes dans le sang et dans le liquide extrait par ponction de la tumeur parotidienne.

Quel est le pronostic de cette endocardite ? Chez le malade de M. Jaccoud, la tuméfaction glandulaire persista jusqu'au vingtième jour, et la convalescence s'établit alors franche et rapide. Le souffle et le frottement de la région précordiale diminuèrent progressivement, disparurent même et le jeune homme sortit de l'hôpital complètement guéri.

L'endocardite ourlienne, bénigne dans ce cas, l'est-elle toujours ? Nous n'en savons rien, et nous ne savons même pas quel est son degré de fréquence, et quel est son rôle dans les cas mortels. Dans les cas où il est dit que la mort a été précédée d'étouffements et de syncope, faut-il voir une complication cardiaque ignorée comme le veut M. Jaccoud ? L'endocardite, qui se développe dans le cours des maladies aiguës, est souvent latente, elle veut être cherchée, et ne devient évidente que par une auscultation quotidienne et systématique. Elle doit être par suite souvent méconnue. Trois ans plus tard, M. Jaccoud eut l'occasion de retrouver l'endocardite ourlienne, mais cette fois elle persista après la guérison et devint chronique. Une autre observation d'endocardite ourlienne devenue chronique a été rapportée par le docteur Bourgeois (1).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier. — Présidence de M. Fernet.

Sommaire : *Injections à des typhiques de sérum d'animaux immunisés. — Erysipèle et arthropathies. — Influence de l'érysipèle sur le rhumatisme et sur la tuberculose.*

MM. Chantemesse et Widal : On sait que des expériences récentes ont montré que, si on inocule à des animaux un virus actif, tétanique, pneumonique, cholérique, on peut faire avorter chez eux l'infection qui les menaçait en leur injectant, avant l'apparition des premiers symptômes, le sérum d'un animal immunisé contre ce même virus.

Les essais de thérapeutique abortive tentés sur l'homme contre le tétanos et la pneumonie n'ont pas donné encore de résultats certains. Mais MM. Chantemesse et Widal se

(1) *Contrib. à l'ét. de la fièvre ourlienne et de ses complications* (Thèse de Paris 1888).

sont demandé si, contre la **dothiénentérie**, dont l'évolution lente se fait en plusieurs septenaires, **un sérum actif** n'aurait pas plus de temps pour agir et pour amener, sinon la guérison, du moins une modification dans la marche de la maladie.

Ils avaient déjà établi (*Annales de l'Institut Pasteur*, nov. 1892) que les animaux immunisés contre le virus typhique possèdent un sérum doué de propriétés prophylactiques et thérapeutiques. Inoculé à des animaux sains, même à faible dose, ce sérum leur donne en quelques heures le pouvoir de résister à un virus typhique qui tue invariablemen les animaux témoins. Ce même sérum inoculé à un animal infecté depuis quelques heures par le bacille d'Eberth suffit pour le guérir, pourvu que l'inoculation soit faite à une période suffisamment rapprochée du début de l'infection. Cependant, les animaux immunisés restent très sensibles aux toxines solubles fabriquées par le bacille d'Eberth. Le sérum d'hommes ayant eu la fièvre typhoïde possède, vis-à-vis des animaux, les mêmes qualités prophylactiques et thérapeutiques.

Se basant sur ces faits, MM. Chantemesse et Widal ont injecté à deux malades, arrivés au dixième et au onzième jour d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, du sérum d'animaux immunisés contre cette maladie.

Une femme de 28 ans présente une éruption de taches rosées lenticulaires, le 13 septembre dernier, qui paraît être le dixième jour de la maladie. On lui injecte sous la peau 10 centimètres cubes de sérum de cobayes immunisés. Le lendemain, elle reçoit de nouveau 15 centimètres cubes du même sérum. Après la première injection, la température tombe de 40° à 37°5; mais, malgré la seconde injection de 15 centimètres cubes, la température remonte et reste oscillante entre 39 et 40°; la maladie continue son cours, son évolution n'est nullement modifiée.

Il fallait se demander si ce premier insuccès n'était pas attribuable à la faible dose du sérum inoculé. En effet, pour guérir un cobaye de 600 grammes dont le sang est infecté par le bacille d'Eberth, il faut 2 centimètres cubes de sérum; en prenant ce poids comme terme de comparaison, il faut donc employer, chez l'homme, 180 centimètres cubes de sérum.

Chez un malade arrivé au onzième jour d'une fièvre typhoïde, cette dose est inoculée en deux jours. Les injections ont été bien supportées localement, mais la marche de l'affection n'a été en rien modifiée.

Ces deux essais de traitement de la fièvre typhoïde par le sérum d'animaux immunisés n'ont donc donné aucun résultat.

Mais ces deux insuccès ne suffisent pas à prouver l'impuissance de cette méthode thérapeutique appliquée au traitement de la fièvre typhoïde. Peut-être réussirait-on en opérant plus près encore du début de la maladie, dès l'apparition des premiers symptômes, et en employant un sérum encore plus actif. Si, malgré les espérances fondées sur l'expérimentation, la *séro-thérapie* appliquée aux typhiques n'a pas donné de meilleurs résultats que la séro-thérapie appliquée aux tétaniques, c'est sans doute parce que, chez l'homme, on intervient trop tard.

Chez l'animal, on a toujours un élément qui fera toujours défaut chez l'homme : la connaissance de la date exacte de la pénétration du virus.

MM. Chantemesse et Widal font remarquer en terminant, qu'après les injections, le sérum de leurs deux malades avait acquis un grand pouvoir prophylactique et thérapeutique vis-à-vis d'animaux infectés par le bacille d'Eberth ; et cependant la maladie n'avait pas été enrayée.

Cette constatation n'est guère en faveur de la théorie purement humorale de l'immunité.

— M. Legendre (en son nom et au nom de M. Beaussinat, interne des hôpitaux) : Sur plus de 400 cas d'**érysipèle** observés en six mois dans un service de l'hôpital Saint-Antoine consacré surtout à cette maladie, nous n'avons observé que six cas où se soient montrées des **arthropathies à l'occasion de l'infection.** Deux fois il s'agissait d'*arthralgies rhumatoïdes ;* dans un cas, chez un alcoolique qui avait eu du delirium tremens, douleurs des poignets et des genoux au dixième jour d'un érysipèle de la face ; dans l'autre, en pleine période fébrile, douleurs multi-articulaires qui cédèrent après deux jours de salicylate de soude.

Nous ne savons s'il convient d'affirmer la nature rhumatismale de ces arthralgies, chez ces individus indemnes d'accidents rhumatismaux antérieurs, pas plus que celle de deux cas de myalgies, dont un avec œdème des membres inférieurs et purpura (sans albuminurie) ayant cédé au salycilate de soude.

Mais il est d'autre part intéressant de noter que chez dix malades ayant des antécédents rhumatismaux avérés, dont plusieurs étaient porteurs de lésions anciennes d'endocardite, l'*érysipèle,* soit bénins soit grave, *a évolué sans rappeler de manifestations rhumatismales.*

Quatre fois nous avons eu affaire à des *arthrites suppurées.* Deux étaient dues au streptocoque, une au staphylocoque ; dans le quatrième cas (arthrites suppurées du genou et de l'épaule) on trouva simultanément dans le pus le streptocoque et le staphylocoque. Sur ces quatre malades, trois succombèrent ; dans un cas, l'arthrotomie fut faite trop tard probablement ; dans un autre, les dégâts étaient étendus au delà de l'articulation, il y avait de vastes phlegmons de la cuisse et de la jambe ; dans un troisième, deux arthrotomies successives du genou et de l'épaule furent suivies chaque fois d'une amélioration des plus nettes de l'état général, et de la guérison des arthrites ; mais la mort fut amenée par des complications suppuratives ultérieures du tissu cellulaire sous-cutané de la région dorsale et des complications viscérales tardives ; la malade était grandement alcoolique. Les arthrites avaient été chez elle antérieures à l'érysipèle et d'origine traumatique ; il semble bien que ce soit l'érysipèle qui, survenant peu de jours après la contusion, ait provoqué la suppuration des articulations contusionnées.

Enfin, dans un quatrième cas (arthrite radio-carpienne avec synovite suppurée des gaines du poignet) la guérison survint après larges incisions, curettage et drainage.

Nous concluons donc que, d'après les faits observés par nous, les arthropathies sont rares au cours et à l'occasion de l'érysipèle de la face et de l'érysipèle ambulant ; mais ce sont alors trop souvent des arthrites suppurées d'une extrême gravité, pour lesquelles on ne saurait trop conseiller l'intervention chirurgicale la plus hardie et la plus rapide, qui, seule, peut sauver les malades. Dès qu'une ponction exploratrice a prouvé que l'articulation contient du pus, il faut faire séance tenante l'arthrotomie et de grandes irrigations antiseptiques.

Nous ne croyons pas, d'après notre statistique, que l'érysipèle réveille habituellement, comme on l'a dit, les manifestations rhumatismales.

En ce qui concerne l'**influenc de l'érysipèle sur la tuberculose,** nous avons observé que chez les tuberculeux atteints d'érysipèle, lorsque les lésions tuberculeuses étaient quelques peu avancées, elles subissaient une accélération, à tel point que la plupart des malades tuberculeux au deuxième degré n'ont pu quitter le service d'isolement après la guérison de leur érysipèle et y ont succombé presque tous aux progrès de leur tuberculose ou à la généralisation des tubercules.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 janvier 1893. — Présidence de M. CHAUVEAU.

SOMMAIRE : Les microbes des oreillons. — Les altérations du cerveau dans l'ataxie. — La pression artérielle dans les hémiphlégies. — Les effets du chloralose. — Transformation de l'amidon végétal en sucre par le bacille du charbon. — Physiologie microbienne.

Un certain nombre de recherches ont déjà été faites sur les microbes des oreillons. En 1881, MM. Capitan et Charrin ont trouvé des bâtonnets et des microcoques dans le sang ; au contraire, dans deux cas, MM. Pasteur et Roux n'ont obtenu que des résultats négatifs. M. Boinet a retrouvé des micro-organismes anologues à ceux de MM. Capitan et Charrin et M. Bouchard a découvert des microbes dans la salive et l'urine d'un malade dont l'observation se trouve dans la thèse de M. Karth. Enfin, il faut encore citer les travaux de MM. Netter, Bordas, Ollivier.

M. LAVERAN a examiné le liquide retiré par des ponctions capillaires de la parotide de malades atteints d'oreillons ; il a fait aussi des ponctions dans des testicules présentant de l'orchite ourlienne et a examiné plusieurs fois le sang et une fois de la sérosité provenant d'un œdème aigu. Les cultures du liquide parotidien ont été positives 9 fois sur 14, celles du liquide de l'orchite 3 fois sur 6, celles du sang 4 fois sur 7, celles de la sérosité de l'œdème 1 fois sur 1. On a toujours trouvé un microcoque prenant facilement l'apparence diplococcique, et le plus souvent les cultures ont été pures.

M. Laveran se garde cependant d'affirmer qu'il ait trouvé le microbe spécifique des oreillons.

— Pour M. NAGEOTTE, il peut se développer dans les circonvolutions cérébrales des ataxiques des lésions analogues à celles que l'on observe dans la paralysie générale et cela sans que l'état mental des malades semble atteint. La lésion, tout en étant très profonde, peut donc échapper cliniquement.

— M. CHAUVEAU dépose un travail de MM. Lebel et Desescou (de Passy), d'après lequel, chez les animaux à sang chaud, le chloral agirait non sur les terminaisons nerveuses mais sur les centres.

— M. FÉRÉ a vu que la pression artérielle baissait du côté paralysé non seulement dans les hémiplégies d'origine organique, mais encore dans les hémiplégies hystériques.

— Le chloralose n'est peut être pas aussi inoffensif que M. RICHET le croyait tout d'abord. Quand on en donne à un chien une dose de 0,2 par kilogr., on voit qu'au bout d'une heure et demie, il n'y a pas de troubles moteurs manifestes, mais qu'il s'est développé des désordres intellectuels caractérisés surtout par de la cécité verbale. L'insensibilité à la douleur est complète, et la sensibilité tactile exagérée, ainsi que M. Richet l'a déjà montré, mais il est facile de remarquer que, de plus, l'animal ne comprend pas ce qu'il voit. Il bondit si on lui touche la conjonctive et ne cligne pas si l'on approche le doigt brusquement. Menacée, la bête ne se livre pas à la mimique de terreur qui lui est habituelle, enfin, un chien habitué à se jeter sur tous les animaux qui passent à sa portée, entend un coq qui chante, le sent, le cherche, mais il ne le voit pas. L'examen direct de l'excitabilité de la substance grise cérébrale a montré qu'elle était diminuée.

Chez l'homme, on n'a pas observé d'effets analogues. Jusqu'ici, il n'a été donné que des doses très faibles.

M. LABORDE fait remarquer que les poisons psychiques hallucinatoires produisent la cécité psychique.

— Plusieurs communications intéressant la microbiologie et les fermentations ont été faites à la Société.

M. DASTRE a vu que la nicotine arrêtait l'action du ferment inversif et a rapproché cet effet de l'alcaloïde des modifications qu'il produit dans le système nerveux.

— M. Roger a étudié les produits solubles provenant du bacille d'une septicémie consécutive au choléra. Il a remarqué que la partie des produits insolubles dans l'alcool avait une grande influence sur le cœur de la grenouille. Le nombre des systoles diminue, leur ampleur devient bien plus grande et, finalement, le cœur s'arrête en diastole. Alors, les excitations mécaniques, chimiques ou électriques appliquées sur cet organe ne peuvent plus provoquer de commotion. Enfin, dès que l'intoxication commence, le cœur n'est plus influencé par l'excitation du pneumogastrique.

M. Gley fait remarquer que les recherches de M. Roger sont des plus intéressantes, car elles lui ont permis de découvrir un nouveau poison diastolique, et c'est à peine si, jusqu'à présent, on en connaissait deux ou trois, parmi lesquels on peut citer la muscarine.

— Les recherches poursuivies par M. l'abbé Maumus dans le laboratoire de M. Strauss lui ont montré que :

1° Le bacille du charbon est susceptible de transformer l'amidon en glucose ;

2° La glucose ainsi formée est utilisée comme aliment par le bacille.

Pour mettre le premier fait en évidence, on sème le bacillus anthracis sur pomme de terre, en mettant au fond des tubes de l'eau stérilisée, de façon que la partie inférieure de la pomme de terre baigne dans le liquide. Si, au bout d'une douzaine de jours, on traite ce liquide par le réactif de Fehling, on obtient un précipité franchement rouge d'oxidule de cuivre, décelant la présence de la glucose dans ce milieu. Les tubes témoins ne donnent pas la moindre réduction.

On peut varier l'expérience en se servant d'empois d'amidon très dilué et stérilisé. Le charbon cultivé dans ce milieu donne également, au bout de six jours, la réduction de la liqueur cupro-potassique.

Si on continue à laisser à l'étuve les tubes où tout l'amidon a été transformé en glucose, le bacille continue à végéter; mais la glucose disparaît graduellement.

M. Maumus en conclut que, dans ces conditions, le bacillus anthracis utilise comme aliment la glucose qu'il a formée aux dépens de l'amidon végétal.

— A la fin de la séance, M. Mariensco a présenté une série de photographies de préparation histologiques du système nerveux qui ont été très admirées des membres de la Société.

Paul Chéron.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 janvier 1893.— Présidence de M. Hallopeau.

Sommaire : Décaséination du lait.— L'absorption rectale comparée à l'absorption stomacale.

La décaséination du lait peut se produire lorsqu'on ajoute au liquide soit de la présure soit des acides. M. Vigier emploie de préférence la présure dont il est possible d'arrêter l'action dès qu'on le désire, en chauffant ou en refroidissant brusquement le liquide. On doit tout d'abord doser la quantité de caséine du lait que l'on a à traiter, l'écrémer et n'enlever que la quantité de caséine en excès ; on stérilise ensuite.

— MM. Lemanski et Main ont comparé l'absorption de l'antipyrine, de l'iodure de potassium, du salol, du bleu de méthylène et de la térébenthine par la voie stomacale et par la voie rectale.

Les chiffres qu'ils ont obtenus montrent que, pour certains médicaments, l'absorption se fait plus rapidement par le rectum. C'est ainsi que l'iodure de potassium administré par le rectum apparaît dans la salive au bout de 10 minutes, tandis qu'il faut 15 mi-

nutes pour que l'élimination commence lorsqu'il est pris par la bouche. De même le salicylate de soude donné en lavement se montre 10 minutes plus tôt dans les urines que lorsque le malade le prend dans une potion.

Au contraire, le bleu de méthylène apparaît 1 h. 15 après l'administration rectale et 40 minutes après l'administration buccale. Le salol se décompose surtout sous l'influence du suc pancréatique ; ainsi, les produits de dédoublement se montrent 30 minutes après qu'il a été absorbé par la bouche et 4 heures après qu'il a été pris par le rectum. Il semble même que la térébenthine ne soit pas absorbée lorsqu'elle est donnée en lavements, car l'odeur de violette n'apparaît pas dans l'urine.

On peut conclure de ces recherches que les médicaments solubles sont plus rapidement absorbés lorsqu'on les administre en lavements.

M. Patein fait remarquer que le salol se décompose non seulement dans l'intestin mais aussi dans le sang, et M. Catillon attire l'attention sur la coction du rectum qui est habituellement acide.

La séance se termine par une lecture de M. Bardet sur la climatologie.

M. le professeur Hardy

Les obsèques du professeur Hardy ont eu lieu mercredi 25 janvier, à la Madeleine. Une foule considérable suivait le convoi, et ce n'est pas seulement le corps médical qui venait ainsi rendre un dernier hommage à un de ses maîtres les plus vénérés, c'est la ville tout entière qui témoignait sa reconnaissance et son affection au praticien éminent qui, depuis plus d'un demi-siècle, lui consacrait son dévouement et sa vie.

Nous avions l'intention de rendre compte des discours prononcés sur sa tombe; mais, suivant sa volonté fermement exprimée, personne n'y a pris la parole. Nous ne voulons pourtant pas que cette brillante carrière, si bien remplie, se termine sans que nous essayions de la résumer en quelques lignes, sans que nous donnions un regret à cette grande personnalité qui vient de disparaître.

Alfred Hardy est né à Paris le 30 novembre 1811. Il fut nommé interne en 1832, puis docteur en 1836, et admis au Bureau central en 1841. Il prit plus tard, à l'hôpital Lourcine, un service qu'il garda jusqu'en 1851, époque à laquelle il passa à l'hôpital Saint-Louis.

C'est là qu'il se fit surtout connaître par ses travaux sur les maladies de la peau et par son enseignement, soit dans des cours, soit au lit du malade.

Sa réputation de praticien consciencieux, d'observateur exact, de clinicien consommé, devait lui ouvrir les portes de la Faculté de médecine.

Il était agrégé depuis 1848, lorqu'il fut nommé, en 1867, professeur de pathologie interne. Il entra la même année à l'Académie de médecine, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ; en 1883, il fut appelé à l'honneur de la présider. M. Hardy apporta dans ces fonctions délicates le zèle et l'ardeur qu'il a déployés toute sa vie ; mais il y montra de plus un tact, une habileté à diriger les discussions, à les empêcher de s'égarer, que peu de présidents ont possédés au même degré. Aussi l'année 1883 a-t-elle été l'une des plus fécondes en discussions importantes et fructueuses. L'autorité que lui donnaient son âge et sa position scientifique, l'estime et l'affection que lui portaient ses collègues lui ont rendu ce rôle facile. On estimait M. Hardy à cause de sa droiture, de sa franchise et de sa fermeté, on lui pardonnait sa brusquerie, on l'aimait pour sa bienveillance et pour sa bonté.

Il avait pour la médecine et pour l'exercice professionnel une passion qui l'a soutenu dans ses rudes épreuves, qui lui a permis de supporter les peines cruelles qui ont assombri sa vieillesse. Il est mort comme il l'espérait, dans l'exercice de ses fonctions médicales, regretté de ses confrères, pleuré de ses amis ; il n'a connu ni les infirmités ni les défaillances de la vieillesse et la plupart des vieux médecins qui assistaient à ses obsèques exprimaient, en suivant son convoi, le désir de finir comme lui.

COURRIER

Voici la liste de classement des candidats au titre d'associé national de l'Académie de médecine ; En première ligne, M. Arloing (de Lyon); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Galtier (de Lyon) et Laulamé (de Toulouse).

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle de la **Société centrale** aura lieu le dimanche 5 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Ordre du jour : Allocution du Président; rapport du Secrétaire; compte rendu du Trésorier; ratification des admissions faites dans l'année; rapport de M. le docteur Philbert sur les vœux des Sociétés locales; votation sur la Caisse Indemnité-maladie; élection d'un vice-président et de neuf membres de la Commission administrative, en remplacement des membres sortants.

Le *New-York medical Journal* a relaté une épidémie de diphtérie transmise par la glace. Le corps d'un enfant mort de diphtérie aurait été conservé dans la glace pendant deux jours. Trois enfants absorbèrent quelques morceaux de cette glace et succombèrent en quelques heures. Ces premiers cas furent l'origine de 32 cas, dont 25 cas se terminèrent par la mort.

Corps de santé de la marine et des colonies : Par décision du sous-secrétaire d'Etat des colonies en date du 25 janvier, M. L.-A. Mesnard, médecin de 1re classe des colonies, a été inscrit d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin principal (Services de guerre au Dahomey).

M. le médecin de 1re classe Palud est destiné au *Cosmao*, dans l'escadre de la Méditerranée ; M. le médecin de 1re classe Le Quément est destiné au service à terre en Cochinchine ; M. le médecin de 1re classe Leclerc est dirigé sur Toulon pour y embarquer sur le *Cécille* ; M. le médecin de 1re classe Grognier est désigné pour servir en Cochinchine ; M. le médecin de 2e classe A. Denis est désigné pour servir au bataillon d'apprentis fusiliers à Lorient.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HYGIÈNE

—

Récolte de la glace à Paris

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine s'est occupé, dans sa séance du 20 janvier, d'une question qui intéresse toute la population de Paris. On sait quelle quantité énorme de glace on y consomme, tant pour l'alimentation que pour les usages industriels, et le chiffre augmente tous les ans. Cette glace provient de trois sources : 1° on en apporte de Suède et de Norvège ; c'est la plus belle et la plus pure, c'est aussi celle qui coûte le plus cher ; 2° on en fabrique de toutes pièces avec de l'eau de la Vanne ; 3° enfin, on en recueille des quantités énormes sur les pièces d'eau de la banlieue. Les lacs du bois de Boulogne et du bois de Vincennes en fournissent 18,000 tonnes environ. La pièce d'eau des Suisses, les bassins du parc de Saint-Cloud, les étangs de Chaville et de Tourwoy en produisent 3,000 tonnes à peu près. La Société des glacières de Paris, qui a conquis le monopole exclusif de ce commerce, a cessé d'exploiter une dizaine de glacières qui ne donnaient que de mauvais produits; mais toutes celles qu'elle a conservées ne sont pas irréprochables.

L'attention du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a été appelée sur cette question à différentes reprises. A la séance du 19 décembre 1889, M. Riche lui a présenté un rapport très remarquable, dans lequel il signalait la mauvaise qualité de la glace provenant de l'étang de Chaville et surtout de celui de la Briche qui n'est alimenté que par les eaux d'égouts d'Enghien et de Saint-Gratien. L'exploitation de ce dernier étang a été interdite, par la préfecture de police, à la suite d'un rapport de MM. Nocard, Schutzemberger et Gautier, dont les conclusions ont été adoptées par le Conseil d'hygiène, le 28 juillet 1892; mais la glace qui provient des lacs du bois de Boulogne et de ceux de Vincennes est également suspecte. Les experts du laboratoire municipal ont reconnu, dans des analyses récentes, que la glace du lac Daumesnil contenait une quantité considérable de matière organique et ne pouvait être livrée à la consommation sans danger pour la santé publique.

Le préfet de police a fait connaître au préfet de la Seine, par une dépêche en date du 10 décembre 1892, les résultats des analyses faites au laboratoire municipal, en le priant de donner des instructions pour qu'on ne récolte plus de glace sur ce lac. En réponse à cette communication, le préfet de la Seine a transmis à son collègue un rapport des ingénieurs du Service municipal déclarant que le lac Daumesnil n'était pas plus contaminé que les autres, et que l'interdiction dont on veut le frapper devrait s'étendre à toutes les pièces d'eau des environs de Paris.

La communication de ce document au Conseil d'hygiène a donné lieu à un échange d'observations à la suite desquelles la question a été renvoyée, sur la proposition du président, à une commission composée de MM. Riche, Armand Gautier, Jungfleisch, Brousse et Léon Colin, auxquels M. Huet, directeur administratif des travaux de Paris sera prié de s'adjoindre.

La question est plus importante qu'elle ne le paraît. Il est bien certain que l'eau des lacs et des étangs des environs de Paris ne remplit aucune des conditions exigées des eaux potables ; elle est contaminée ; elle renferme des quantités notables de matière organique et la glace qui se forme à sa surface en retient une certaine proportion ; toutes les analyses en font foi. Il est également démontré que cette matière organique renferme des microbes que le froid ne tue pas et dont la pullulation, un moment suspendue, peut reprendre toute son activité au dégel. Il n'est pas logique de consommer à l'état de glace une eau qu'on repousse à l'état liquide. Il serait donc rationnel d'interdire la récolte de cette glace suspecte, mais cette mesure aurait des conséquences très graves. La glace récoltée sur les pièces d'eau des environs entre pour plus des deux tiers dans la consommation de Paris. La Société des glacières ne délivre que celle-là, tant qu'elle en a à sa disposition, et ne donne au public de la glace artificielle que lorsque sa provision est épuisée. Il y a pour cela une raison bien simple, c'est que la glace des étangs et des lacs ne lui coûte que 6 à 8 francs la tonne, tandis que l'autre lui revient à 15 francs. La glace artificielle, est irréprochable quand elle est fabriquée avec de l'eau de source ; mais pendant les chaleurs de l'été, lorsque la demande augmente et que la direction des Eaux lance de l'eau de Seine dans la canalisation du service privé, c'est cette eau impure qui sert à la fabrication de la glace artificielle qui dès lors n'offre pas plus de garantie que l'autre.

On a proposé, pour esquiver la difficulté, de n'employer la glace suspecte que pour l'usage extérieur, c'est-à-dire pour faire les mélanges réfrigérants à l'aide desquels on frappe les carafes, les bouteilles de champagne et qui servent à préparer la glace, les sorbets, etc. C'est assurément fort rationnel ; mais ce n'est guère pratique. Comment reconnaître les différentes qualités de glace ? Comment espérer que les consommateurs s'astreindront à faire un choix souvent impossible, à prendre des précautions dont ils ne comprennent pas l'utilité ? Comment surveiller les restaurants, les brasseries, les cafés, dans lesquels se consomme la majeure partie de la glace ?

Si le public n'est pas arrêté par le dégoût qu'inspire un produit recueilli sur des eaux d'égout, il le sera bien moins encore par la crainte d'un danger qui lui semblera chimérique et dont il ne faut pas du reste s'exagérer la portée. La congélation arrête la pullulation des microbes, elle les engourdit ; lorsqu'on fait fondre la glace, qu'on place ces microbes défaillants dans des conditions tout à fait favorables, qu'on les traite avec les soins qu'ils méritent, on parvient à les rappeler à la vie ; mais il n'est pas prouvé que projetés encore endormis dans le tube digestif, ils n'y trouveront pas de bons microbes saprogènes qui profiteront de leur sommeil pour les détruire. Le fait est qu'on ne cite encore qu'un fait qui soit de nature à causer des alarmes. C'est la petite épidémie de fièvre typhoïde d'Eresham, qui a été attribuée à l'absorption de glaces fabriquées avec l'eau d'un puits

infecté ; mais, dans ce cas, c'est tout le contraire de ce qu'on redoute à Paris qui s'est passé. Ce n'est pas la glace du mélange réfrigérant, c'est celle qui a servi à faire la préparation congelée qui renfermait le microbe d'Eberth C'est ce qui pourrait arriver à Paris, si, dans l'été, on faisait congeler avec d'excellente glace de Norvège une boisson préparée avec de l'eau de Seine.

Nous ne savons pas quel sera l'avis que formulera la Commission du conseil d'hygiène ; mais la question mérite qu'on y réfléchisse et elle intéresse au plus haut point tous les habitants de Paris qui aiment à boire frais pendant l'été et que ne hante pas la peur des microbes.

DU MANIEMENT ANTISEPTIQUE DES PLAIES

La *Lancet* et le *British medical Journal* viennent, dans l'article de tête de leur numéro du 28 janvier, de publier une leçon de Sir Joseph Lister faite à King's college Hospital, le 18 du même mois, sur le *maniement antiseptique des plaies*.

A propos d'une suture de la rotule, le savant professeur expose d'une façon fort simple les précautions dont il s'entoure, tant en ville qu'à l'hôpital, et défend l'antisepsie qu'il a créée en s'efforçant de montrer que son application est facile et doit être dépourvue de toute exagération.

Voici les principes et les plus importantes remarques qu'il expose :

Il faut d'abord faire deux divisions : dans la première rentreront les précautions qu'il y a à prendre pendant l'acte opératoire pour éviter l'inoculation septique; dans la seconde doivent être étudiés les soins suffisants pour panser la plaie de façon à éviter l'entrée ultérieure des germes.

Quant à ce qui est de l'intervention, la question s'est beaucoup simplifiée. Autrefois, nous savions, par les expériences de Pasteur, que l'air de tout lieu habité contient des micro-organismes et il n'y avait pas de raison de ne pas croire à l'infection probable des blessures par les germes suspendus dans l'atmosphère. Heureusement, aujourd'hui, nous savons que nous n'avons pas à les redouter, et cela pour deux raisons : la première est que nous avons appris que le sérum du sang normal n'est pas un bon terrain de culture pour les bactéries, à condition que celles-ci n'y soient pas à de trop fortes doses, et une simple expérience le prouve : si on prend, en effet, du sang à un cheval ou à un bœuf, et que, placé dans une bouteille purifiée, on le soumette à la chaleur de l'étuve, pas la moindre altération ne se produit. Si maintenant on inocule ce sang avec la pointe d'une fine aiguille contaminée, immédiatement la putréfaction se produit; mais si, au lieu d'appliquer le sang putréfié en substance, on le mélange à une quantité d'eau suffisante pour diffuser la bactérie et laver ses produits, on constate que l'altération du sang ne se fait qu'après plusieurs jours de contact. Mais il est encore un autre point, c'est la phagocytose de Metchininkoff, qui vient détruire les germes atténués et en débarrasse l'organisme. Les microbes en suspension dans l'air ne sont donc ni assez virulents ni en nombre suffisant pour se développer sur nos plaies. Il s'ensuit qu'on peut entièrement se dispenser des irrigations sous forme de spray ou sous toute autre forme, et que nous en sommes revenus à la simplicité d'autrefois.

Sir Joseph Lister étudie ensuite l'*entourage* de la plaie, qu'il faut faire avec des linges trempés dans la solution antiseptique, et passe en revue l'antisepsie de la peau du patient, des mains, des instruments et des éponges.

Pour purifier ces dernières, il ne trouve pas de meilleur agent que l'acide phénique, qu'il a été heureux d'employer le premier.

Sous l'influence des publications de Koch, dit-il, le sublimé corrosif a essayé de détrôner l'acide phénique; mais Koch a beaucoup exagéré le pouvoir germicide du mercure, qui, pour les besoins chirurgicaux, est bien inférieur à la solution d'acide phénique dans l'eau. Il est maintenant démontré que celle-ci détruit beaucoup plus rapidement les organismes que le chlorure de mercure.

Le savant professeur parle ensuite des travaux d'Yersin à l'Institut Pasteur, à propos de l'action de l'acide phénique sur le bacille de la tuberculose, et rappelle qu'une solution à 1 pour 20 tue ce bacille en trente secondes; à la proportion de 1 pour 100, l'acide phénique détruit le même organisme en une minute, tandis que, pour arriver au même résultat, il faut dix minutes avec le sublimé.

De plus, dans les affections chirurgicales, le bacille de la tuberculose n'a pas la même virulence que dans les maladies, dans les crachats, par exemple, et SIR JOSEPH LISTER cite quelques expériences, faites avec son collègue le professeur Crookshank, qui démontrent que ce bacille, même dans ses formes les plus résistantes, a été parfaitement détruit par une solution d'acide phénique à 1 pour 20 agissant pendant trois à quatre heures, et qu'il suffit d'une minute de contact pour le rendre inoffensif.

Ces expériences prouvent qu'on n'a pas à craindre la présence des agents tuberculeux dans les éponges, pourvu que celles-ci aient été plongées pendant un certain temps dans la solution forte d'acide phénique (50 p. 1,000). Voici la préparation qu'on leur fait subir dans le service : Elles sont d'abord lavées au savon, puis à la soude, relavées dans l'eau, exprimées et placées dans une solution à 1 pour 20 d'acide phénique, d'où on les retire au fur et à mesure des besoins. Pour sa part et sa clientèle privée, le professeur de King's college Hospital place ses éponges, après une opération, dans un récipient rempli d'eau où il les laisse se *putrefy*. La fibrine collée aux spores de l'éponge devient liquide par la putréfaction. Alors, il les fait laver jusqu'à ce que l'eau ne soit plus colorée en rouge et les place dans une solution d'acide phénique à 1 pour 20.

Ces faits suffiront, j'espère, continue SIR JOSEPH LISTER, pour vous convaincre qu'il n'est pas nécessaire de gaspiller ces objets qui ont une certaine valeur et qu'il est inutile de leur substituer du coton stérilisé ou quelque autre tissu : matériaux incomparablement inférieurs aux éponges pour absorber le sang.

Pour les instruments, c'est aussi dans une solution d'acide phénique à 1 pour 20 qu'il les trempe, et cette pratique est beaucoup plus commode que celle qui consiste à les faire passer à l'étuve; car, en admettant même que ces dernières précautions aient été prises et que, chez un client, pendant l'opération, un instrument vienne à tomber, il n'est pas possible, avant de s'en resservir, de le faire bouillir ou de l'étuver de nouveau.

Le point important, c'est que les instruments soient bien propres et plongés suffisamment dans la solution, ce qui est réalisé par le temps que durent les préparatifs opératoires et l'anesthésie.

C'est encore l'acide phénique qui doit servir à nettoyer la peau du malade et les mains de l'opérateur. Cet agent pénètre beaucoup mieux la peau que le sublimé, et, avec lui, il est inutile de se servir de l'éther, de l'alcool et même du savon, à cause de l'affinité de l'acide phénique pour les substances organiques.

C'est en recommandant la plus grande propreté pour la main des aides que finit la première partie de cette leçon de SIR JOSEPH LISTER, qui nous a paru digne de l'attention de nos lecteurs.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1893. — Présidence de M. Laboulbène

L'ischiopubiotomie

M. Pinard ne peut, sans protester énergiquement, se laisser accuser d'avoir « dépossédé » le vénérable doyen de l'obstétrique, M. Stolz, de son invention. Il maintient que l'opération qu'il a pratiquée chez la femme Dumonlet est bien une opération nouvelle, dont la conception et la possibilité de réalisation appartiennent entièrement à M. Farabeuf.

Les pubiotomistes, Aitken, Desgranges, Champion, Galbiati, Catholica, Stolz, etc., ne se sont occupés que des bassins rétrécis ordinaires, c'est-à-dire symétriques, dont les os iliaques ont conservé leur mobilité sur le sacrum et, par conséquent, peuvent tous deux s'écarter après section quelconque de l'os intérieur du bassin. M. Stolz a simplement proposé de scier l'un des pubis à côté de la jointure, mais il n'a jamais fait l'opération. D'autres l'avaient fait, et avaient même prétendu scier la ceinture pelvienne de chaque côté pour compléter l'écartement insuffisant des deux articulations sacro-iliaques, dans des bassins très étroits voués à l'opération césarienne, mais toujours du type commun, sans ankylose postérieure. Et qu'a fait M. Farabeuf? Il s'est proposé de rendre possible l'accouchement à terme dans le bassin oblique ovalaire. Le terrain est tout à fait différent, car le bassin est asymétrique et l'un des os iliaques est ankylosé vers le sacrum. Ce bassin étant resté jusqu'ici le *noli me tangere* des symphyséotomistes et des pelvitomistes avait été, de parti pris, respecté par le couteau et par la scie. M. Farabeuf a cherché le moyen de faire traverser cette filière pelvienne par un enfant à terme, sans faire courir aucun risque à la mère et à l'enfant, et il y a réussi. Son opération est donc nouvelle, et jamais personne n'avait touché sérieusement à un bassin oblique ovalaire.

En terminant, M. Pinard lit une lettre de M. Stolz adressée à M. Hogostt, dans laquelle l'éminent accoucheur dit que la pubiotomie n'a jamais été faite par lui sur le vivant.

M. Charpentier croit bien que M. Stolz n'a pas eu le premier l'idée de la pubiotomie. L'opération de M. Pinard est dirigée contre les bassins obliques ovalaires, mais il ne faut pas oublier que les femmes dont le bassin est ainsi vicié peuvent cependant accoucher sans intervention grave.

Monstre xypophage

M. A. Guérin présente un monstre xypophage, deux petites filles en parfaite santé. Il croit à une communication entre les deux tubes digestifs, et une préparation ferrugineuse ayant été donnée à l'un des enfants, les selles des deux ont été colorées en noir. Un purgatif pris par l'une semble, dans une certaine mesure, influencer les deux. D'autre part, on peut pincer un des enfants sans que l'autre le sente.

— M. Arloing est élu associé national par 53 voix et 2 bulletins blancs.

M. Guéniot n'a pu présenter qu'après la séance de mardi dernier une jeune femme qu'il a opérée (opér. césarienne) le 17 décembre 1892. La mère est une primipare de 19 ans à la fois naine et rachitique, dont la taille, — du sommet aux talons, — mesure à peine 1 mètre 15. Avec son front proéminent et ses membres incurvés, elle représente un type de malformation qu'il n'est pas commun d'observer. Les dimensions du

bassin sont particulièrement réduites, car le diamètre promonto-sus-pubien n'atteint guère que 55 millimètres. L'opération césarienne s'imposait. Elle fut rendue difficile par la présence de la vessie, qui occupait l'hypogastre jusqu'à proximité de l'ombilic. M. Guéniot dut traverser le placenta et faire une section podolique à travers la plaie antérieure, car il y avait une présentation de l'épaule. L'opérée guérit sans accidents. L'enfant est une petite fille du poids de 3,150 grammes, dont la conformation générale rappelle assez bien celle de sa mère. Il y a du rachitisme de naissance, et même ce rachitisme pourrait être gratifié d'héréditaire.

Le traitement de l'éclampsie.

M. Charpentier fait remarquer que, dans le mémoire qu'il a lu à l'Académie, il a surtout cherché à prouver que l'accouchement provoqué ne doit être, dans l'éclampsie, qu'un traitement exceptionnel. Or, il constate que ce point de pratique a été laissé dans l'ombre par les orateurs qui ont pris part à la discussion.

M. Charpentier, sur l'invitation du Président, relit les conclusions de son mémoire.

M. Pinard tient à insister sur les éclatants succès que donne le régime lacté dans le traitement préventif de l'éclampsie. Pas plus que l'albuminurie, l'éclampsie n'est une maladie définie; c'est l'auto-intoxication gravidique. Nous connaissons mal le ou les poisons, mais nous pouvons affirmer qu'il y a intoxication. MM. Jaccoud et Périer sont arrivés, par leurs observations cliniques, à la même conclusion, et on peut dire qu'il y a insuffisance des organes chargés d'éliminer les poisons.

En 1875, M. Tarnier a fait voir que le régime lacté empêchait l'apparition de l'éclampsie chez les femmes albuminuriques; sous l'influence de ce régime, l'albuminurie diminue ou cesse complètement.

M. Pinard a obtenu exactement les mêmes résultats; de 1889 à aujourd'hui, 5,240 femmes sont entrées à la clinique Baudelocque; 61 peuvent être considérées comme étant de grandes albuminuriques, et leur urine renfermait de 4 à 11 grammes d'albumine. Elles ont été mises au régime lacté absolu et aucune n'est devenue éclamptique. L'éclampsie pourrait donc disparaître complètement, et c'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister.

M. Pozzi a vu trois malades devenir éclamptiques sans que leurs urines, analysées par des chimistes éminents, aient présenté la moindre trace d'albumine. Même, dans ces cas, d'autres symptômes permettent de prévoir les accidents, et les femmes présentent de la céphalalgie, des œdèmes, des douleurs épigastriques. Il faut naturellement, dans ces cas, prescrire le lait avec la même sévérité.

M. Bouchard a montré que le lait ne donnait pas lieu aux auto-intoxications.

Halm, Mencki, Pawlow, V. Massen ont anastomosé, chez des chiens, la veine porte avec la veine cave, et ils ont vu que, tandis que l'alimentation carnée provoquait immédiatement des accidents, le lait était parfaitement toléré.

Si l'on a à traiter une femme déjà éclamptique, il ne faut jamais faire l'accouchement forcé, et on devra recourir aux anesthésiques : chloroforme et chloral.

M. Guéniot insiste de nouveau sur le rôle important de l'hyperexcitabilité médullaire dans la genèse des symptômes de l'éclampsie. L'intoxication existe toujours ; mais, dans certains cas, elle est légère et généralement alors il n'y a que peu d'albumine dans l'urine. Souvent les malades ont de l'oligurie ou de l'anurie et les principes toxiques se trouvent alors retenus dans l'organisme. Lorsqu'une femme non albuminurique présente les symptômes précurseurs de l'éclampsie dont on a parlé, il est trop tard pour que le régime lacté puisse avoir ses effets curatifs ; on doit alors recourir aux émissions sanguines, à l'emploi de l'anesthésie profonde et durable.

On ne doit renoncer à l'accouchement provoqué que dans des formes prolongées qui sont rares.

M. Lancereaux admet comme tout le monde l'importance de l'auto-intoxication dans la pathogénie de l'éclampsie. Pour lui, les attaques sont surtout provoquées par l'excitation qui se produit au niveau de l'utérus au moment de l'accouchement. Lorsque les convulsions se montrent en dehors de la parturition, elles sont souvent provoquées par une émotion ou toute autre cause du même genre. Comme traitement, M. Lancereaux conseille le lait, les purgatifs drastiques, le chloral et le chloroforme.

M. Robin insiste sur les lésions rénales des éclamptiques. M. Renaut (de Lyon) a démontré que chez les malades ayant succombé à l'urémie les reins les plus altérés avaient encore la moitié de leurs glomérules absolument sains. Les accidents se produisent parce qu'un œdème aigu annihile les fonctions du rein; l'épanchement qui se fait dans la capsule de Bowmann aplatit le glomérule contre la paroi capsulaire et le supprime physiologiquement. M. Renaut a montré aussi que, d'une part, les veines du rein communiquaient avec les veines capsulaires et, d'autre part, que ces dernières s'anastomosent avec les veines que l'on trouve dans le triangle de J.-L. Petit. La révulsion cutanée, les émissions sanguines faites au niveau de ce triangle sont donc un bon moyen de décongestionner le rein.

Dans l'éclampsie, le coefficient d'oxydation est très diminué et les poisons qui se forment sont peu solubles ; ils résultent de dédoublement et d'hydratations. Il est donc indiqué d'activer les oxydations et on peut y parvenir par les inhalations d'oxygène, l'emploi des acides benzoïque et salicylique.

M. Tarnier soutient que l'on peut encore empêcher par le régime lacté l'apparition des cas d'éclampsie lorsque les malades ont déjà de la céphalalgie et des troubles de la vue.

Bien loin de croire, comme M. Lancereaux, que l'éclampsie se déclare le plus souvent au moment du travail, il admet qu'elle se déclare avant ce dernier et qu'elle le cause.

Comme M. Robin, M. Tarnier a employé les inhalations d'oxygène.

A M. Guéniot, qui maintient que lorsqu'une femme a les symptômes prémonitoires de l'attaque, le régime lacté devient presque inutile, M. Tarnier répond de nouveau, en citant l'observation d'une malade chez laquelle il a pu empêcher l'apparition de l'éclampsie, bien qu'elle présentât une cécité presque complète.

M. Guéniot insiste sur ce fait que l'éclampsie est une maladie aiguë et que le traitement préconisé par M. Robin n'aurait guère le temps d'agir. Il fait remarquer à M. Lancereaux que les malades vomissent et qu'elles ne pourraient garder les drastiques.

MÉDECINE NAVALE

EMBARQUEMENT DES MÉDECINS PRINCIPAUX SUR LES CUIRASSÉS D'ESCADRE

Le ministre de la marine a fait demander tout récemment, dans les ports, les noms des médecins principaux désireux d'embarquer sur les cuirassés d'escadre en qualité de médecins-majors. Il s'agit là d'une innovation, ces fonctions ayant été confiées de tout temps à des médecins de première classe. Pour quels motifs s'est-on décidé à modifier l'état de choses actuel? Quelle est la valeur de la mesure qui va le modifier? Telles sont

les deux questions qu'il est utile d'essayer de résoudre au moment même de l'application du nouveau système.

Rien n'a transpiré des raisons qui ont amené le ministre à prendre la décision importante dont nous parlons. On peut affirmer cependant qu'elles sont toutes contenues dans l'une des deux hypothèses suivantes : 1° Améliorer le service médical des cuirassés. 2° Justifier une augmentation du cadre des médecins principaux de la marine; nous allons les examiner successivement.

I

En temps de paix, le médecin de première classe qui est chargé d'assurer à lui seul le service des cuirassés y suffit très largement. A quelque point de vue qu'on se place : nombre de malades ou de blessés à soigner, gravité des cas, importance des mesures d'hygiène ou de prophylaxie à prendre, compétence professionnelle, etc., on ne trouve à formuler aucun desideratum. Le nombre moyen des hommes qui se présentent à la visite du matin est de vingt-cinq à trente. Parmi eux, huit ou dix seulement ont des affections justifiant l'exemption de service ou le séjour à l'infirmerie du bord. La lecture des cahiers d'enregistrement journalier des malades démontre en outre que les affections motivant le repos et les soins sont presque toujours de peu de gravité. Des angines, quelques diarrhées, des embarras gastriques légers, des contusions superficielles, de petites plaies contuses, des furoncles et un lot d'uréthrites, voilà le bilan quotidien de la feuille de visite. Exceptionnellement, une fièvre tiphoïde, une pneumonie, un trauma sérieux viennent charger cette statistique. Mais le séjour de l'escadre sur les côtes de France pendant dix mois de l'année au moins permet d'évacuer sur les hôpitaux à terre ces malades plus graves. Le service médical des bâtiments n'en est donc pas alourdi. D'ailleurs, la valeur technique des médecins de première classe est très incontestablement à la hauteur des circonstances plus difficiles avec lesquelles le hasard les met parfois aux prises.

En ce qui concerne les mesures générales d'hygiène ou de prophylaxie qu'on peut avoir à prendre, l'initiative comme la responsabilité en incombent aux médecins en chef de l'escadre et aux médecins principaux de division.

Le service est donc très largement assuré en temps de paix. Il n'en serait pas de même en temps de guerre. Le grand nombre de blessés qui joncheraient, dès les premiers obus, les ponts et les batteries, la difficulté des communications entre les divers postes de combat et les postes de blessés, rendraient illusoire l'action d'un personnel aussi dévoué, aussi actif qu'on le suppose, mais dont l'insuffisance numérique est au dessous de tout : Un médecin et deux infirmiers! Nous n'ignorons pas que ce personnel serait renforcé. Théoriquement cela est acquis; pratiquement c'est plus douteux. Et quels services utiles attendre de médecins de réserve éloignés de la mer depuis longtemps, ignorants de cette nouvelle architecture navale si bizarre, si compliquée qu'une longue habitude peut seule rendre familière, et ayant désappris les aménagements de ces étranges machines de guerre où les nouveaux venus se perdent comme dans un labyrinthe!

En paix comme en guerre, ce n'est pas la qualité, c'est la quantité du personnel médical de nos bâtiments de combat qui a besoin d'être augmentée. Tout le monde le sait, dans le corps de santé et ailleurs. C'est pourquoi nous nous refusons à voir, dans l'embarquement des médecins principaux sur les cuirassés, le seul désir d'y mieux assurer le service médical. Il est possible que cette raison soit mise en avant; mais personne n'y verra autre chose qu'un prétexte.

La seconde hypothèse où l'on soit conduit, est celle d'une augmentation possible des

cadres, dont la demande serait justifiée par l'adoption de la nouvelle décision. On peut se demander s'il est bien utile, pour justifier l'augmentation du cadre des officiers supérieurs du corps de santé, d'imposer à ce corps des charges nouvelles. La seule comparaison de ces cadres avec ceux des autres corps de la marine justifierait amplement une mesure toute de justice. Tandis qu'il a seulement un officier supérieur pour 5 officiers subalternes, les officiers de vaisseau en ont 1 pour 3,5; les commissaires 1 pour 2,3; les ingénieurs 1 pour 1,6 (1).

Du reste. en admettant la nécessité d'une justification qnelconque, ce n'est pas dans le service à la mer, très suffisamment pourvu, c'est dans le service à terre qu'il faudrait la chercher. Il est trop facile de le démontrer.

II

L'annuaire de 1892 (celui de 1893 ne sera publié que dans quelques semaines) fournit les renseignements suivants sur la répartition des médecins en chef et des médecins principaux. Les premiers sont au nombre de 20, sur lesquels: 5 occupent les fonctions de sous-directeurs du service de santé; 3 celles de médecins d'escadre; 2 celles des membres du conseil supérieur de santé à Paris; 1 celles de directeur de l'Ecole de Bordeaux. Il en reste 9 pour le service des hôpitaux maritimes des cinq ports.

Les médecins principaux sont au nombre de 56. Sur ce nombre, il y en a 17 à la mer et 39 à terre. Mais les services à terre qui incombent aux médecins principaux sont très multiples. Les dépôts des équipages de la flotte, les ambulances des assurances, les établissements hors des ports (Ruelle, Indret, La Chaussade), les régiments d'infanterie et d'artillerie de marine, etc., en absorbent la plus grande partie. C'est la minorité seulement qui est affectée aux hôpitaux maritimes. Il y en a 3 à l'hôpital de Cherbourg; 4 à celui de Brest; 2 à ceux de Lorient et de Port-Louis; 1 à celui de Rochefort; 3 à celui de Toulon. Or, cela est plus qu'insuffisant, même en y ajoutant les 9 médecins en chef que nous avons vus être disponibles pour le service des ports.

Les deux grades réunis représentent au maximum 22 chefs de service pour une population hospitalière qui dépasse toujours 2,000 malades. Nous disons *au maximum* parce qu'il faut admettre que diverses circonstances, fatigue et maladies entre autres, tiennent habituellement éloignés du service le 10e environ du personnel. Cette proportion n'est pas exagérée. En réalité, il y a moins d'un chef de service pour 100 malades! C'est loin de suffire. Aussi, un grand nombre de salles sont-elles confiées à des médecins de première classe. Or, autant le service médical d'un cuirassé est simple et de minime importance au point de vue technique, autant le service d'hôpital est chargé et difficile. Dans les salles de médecine comme dans celles de chirurgie les cas sérieux sont la règle, les cas graves abondent. Quelque effort que l'on fasse pour se démontrer à soi-même le contraire, on ne peut s'empêcher de croire qu'il est plus logique d'affecter les *principaux* aux services hospitaliers et de confier les cuirassés aux médecins de première classe. Un intérêt primordial contre lequel rien ne prévaut: celui des malades, un devoir supérieur à tous: celui d'humanité exigent qu'il en soit ainsi, et d'autres considérations, qui pour venir après celles-là, n'en ont pas moins une haute importance, plaident encore dans le même sens.

C'est à l'hôpital que sont examinés les gens dont l'aptitude au service est difficile à apprécier; c'est de là que partent presque toutes les propositions de retraite pour blessures ou infirmités reçues ou contractées au service. Nul ne niera que, dans les affec-

(1) Les proportions pour 100, déduction faite des officiers généraux, sont les suivantes : corps de santé, 14,6; officiers de vaisseau, 20,6; commissariat, 29; ingénieurs, 38.

tions chirurgicales surtout, l'habileté, la perfection des soins, le science du traitement ne puissent conserver à l'Etat des serviteurs valides qui, dans des circonstances moins heureuses, seraient devenus, pour de longues années, d'inutiles pensionnaires, grevant, sans profit pour le pays, un budget déjà si lourd. Personne, non plus, ne contestera que la valeur scientifique et l'expérience professionnelle du médecin peut modifier la durée d'un traitement, abréger une période d'observation. Et tout cela se chiffre par une diminution de dépenses bien plus importante qu'on ne le croirait *a priori*.

De quelque côté qu'on envisage la question, le rôle du médecin d'hôpital est donc infiniment plus important que celui du médecin de bâtiment. L'honneur de servir sur un vaisseau de guerre est grand sans doute; nul plus que nous ne l'apprécie. Mais il passe, quand il s'agit de notre profession, après celui d'exercer notre art sur son véritable terrain. A notre époque, d'ailleurs, c'est moins à ses dehors brillants qu'à ses côtés utiles qu'on doit juger et mesurer une carrière. Voilà pourquoi l'hôpital doit être considéré pour les officiers du corps de santé comme supérieur au navire.

C'est pour cela que nous nous élevons contre l'erreur qui consiste à dimiuuer encore le nombre des *principaux* servant à terre pour augmenter le chiffre de ceux qui servent à la mer. La mesure qui reçoit en ce moment son exécution portera de 16 à 28 le chiffre des médecins de ce grade embarqués; elle réduira de 40 à 28 le chiffre de ceux qui servent à terre, et, comme les postes dits « Extérieurs » (dépôts des équipages, arsenaux, etc.), continueront à exiger des médecins principaux, ce sont les hôpitaux qui seront démunis.

Nous disions plus haut, en nous plaçant dans l'hypothèse d'une augmentation possible des cadres, qu'il n'était besoin d'aucun prétexte pour la légitimer. Si l'on en veut un, il est tout trouvé: c'est l'urgence d'organiser des services hospitaliers dignes de la marine et en rapport avec ses besoins. Celui-là est mieux qu'un prétexte excellent; c'est une bonne raison et un motif de premier ordre.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Traitement de l'impaludisme par les nirtates alcalins. — M. Buro a obtenu d'excellents résultats de l'emploi des nitrates de soude et de potasse dans l'impaludisme les cas dans lesquels ils se sont montrés inefficaces sont très rares. De ses recherches, M. Buro tire cette conclusion que, contre la fièvre intermittente, quelle que soit sa forme, quotidienne, tierce ou quarte, les nitrates alcalins ont une action thérapeutique spécifique. Leur efficacité est à peu près égale; mais le nitrate de soude doit être préféré, tout d'abord à cause de la plus grande toxicité des sels de potasse, et aussi parce qu'il peut s'employer plus facilement en injections sous-cutanées étant beaucoup plus soluble dans l'eau.

La dose ordinaire pour les adultes est de 1 gr. à 1 gr. 50, que l'on donne en une seule fois soit au moment des accès, soit dans leur intervalle. M. Buro fait ressortir, à côté de la parfaite innocuité de cette méthode, les avantages qu'elle doit à sa simplicité; ces avantages sont surtout appréciables chez les enfants. (*Pester med. chirurg. Presse*, n° 30.)

Traitement de l'impaludisme par le bleu de méthylène. — M. Guttmann a présenté à la *Société médicale de Berlin* trois nouveaux cas d'impaludisme traités par le bleu

de méthylène. Dans ces trois cas, les accès fébriles disparurent rapidement. Ainsi que M. Guttmann l'avait dit, il y a déjà quelques années, à propos de deux cas traités de la même façon, l'accès qui suit la première dose de bleu de méthylène est très faible et le second manque absolument. Mais si, après ce résultat, on cesse l'administration du médicament, les accès reparaissent. Pour éviter les récidives, il faut continuer le traitement pendant au moins un mois.

Voici comment M. Guttmann prescrit le bleu de méthylène : Pendant la première semaine, cinq capsules par jour contenant chacune 0 gr. 10 de bleu de méthylène. Pendant les trois semaines suivantes, trois de ces capsules seulement par jour. Quelques malades accusent un léger ténesme vésical, mais c'est un faible inconvénient.

Le bleu de méthylène agit en tuant les plasmodies ; on peut, au microscope, constater, dès le début du traitement, leur disparition progressive.

Déterminations cardiaques de l'impaludisme. — D'après M. Alfœldi, les lésions de l'endocarde sont loin d'être rares dans l'impaludisme ; dans une récente épidémie, sur 46 cas observés en l'espace d'un mois, il vit cinq fois l'affection se compliquer d'endocardite ; et il ne faut point objecter que les souffles systoliques qui révèlent l'anémie paludéenne ont été pris pour des souffles organiques : ces 5 malades n'étaient nullement anémiques, et le retentissement du second bruit de la base confirmait le diagnostic.

Le sulfate de quinine fit disparaître les accès fébriles, mais ne modifia pas l'endocardite ; elle était légère chez 4 malades ; mais, chez le cinquième, elle provoqua de violentes palpitations, de l'arythmie et des accès de dyspnée. (*Peter med. chirurg. Presse*, n° 43.)

Goitre éxophtalmique et myxœdème. — M. Von Jaksch a présenté, à la *Société des médecins allemands de Prague*, un cas extrêmement intéressant de maladie de Basedow compliquée de myxœdème. Il s'agissait d'une femme de 53 ans chez laquelle on trouvait, à côté de tous les symptômes caractéristiques du goitre exophtalmique, un œdème dur et un épaississement considérable de la peau des membres inférieurs. M. Von Jaksch pensait que ces troubles trophiques étaient liés aux altérations du corps thyroïde et qu'il fallait les rapprocher de ceux de la cachexie strumiprive.

Les psorospermes du cancer. — M. Jackson Clarke a communiqué récemment, à la *Pathological Society* de Londres, ses recherches sur un cas d'épithélioma de la cloison nasale. Il a trouvé des corpuscules arrondis, encapsulés, dans le protoplasma desquels se voyait parfois un véritable réticulum ; ces corpuscules possédaient un noyau. Ils étaient situés, les uns dans l'intérieur des cellules épithéliales ; les autres entre ces cellules ou dans le tissu conjonctif.

M. Plimmer a entrepris, lui aussi, des recherches actives sur le même sujet. Il a trouvé, dans un très grand nombre de cas, des psorospermes arrondis, encapsulés et nucléés. Dans quelques cas, il a vu, de la capsule, partir des rayons se dirigeant vers le noyau, et inversement des rayons partant du noyau et se dirigeant vers la capsule. On ne peut dire encore à quoi correspond cet aspect particulier.

COURRIER

M. Hallopeau reprendra, le dimanche 5 février, à 9 heures et demie, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— Il se fait, à Philadelphie, un hôpital pour les chiens encore mieux aménagé que

celui qui existe à Berlin. Cet établissement extraordinaire contiendra des salles de clinique et des salles d'isolement pour les contagieux !

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 1re classe Leclerc embarque sur le *Cécille*, en remplacement de M. Jan, qui rallie Lorient.

M. le médecin de 2e classe Pujol est désigné pour servir au Tonkin; M. le médecin de 2e classe Bouyssou, actuellement en congé de convalescence jusqu'au 15 avril, est désigné pour aller servir à la Martinique; M. le médecin de 2e classe Morel, du port de Lorient, est désigné pour remplacer, sur le *Castor*, M. Nollet, promu médecin de 1re classe: M. le médecin de 2e classe Préboist est rattaché au cadre de Toulon.

MM. A.-M.-M. Poumayrac et M.-J.-P.-L.-J. Brugère, élèves du service de santé, ont été reçus docteurs en médecine devant la Faculté de Bordeaux et proposés pour l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe; M. L.-J.-L. Nouaille, élève du service de santé, a été reçu docteur en médecine près la Faculté de Bordeaux, et proposé pour l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe. Par décision du 25 janvier, M. l'élève du service de santé de la marine F.-M. Traonouëz, docteur en médecine, est nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe, et affecté au port de Brest.

— Sur la proposition du général Dodds, M. Rangé est proposé pour la croix d'officier de la Légion d'honneur et M. Carrière pour le grade de médecin de 1re classe.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le professeur Lenoël est nommé directeur de l'Ecole.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le professeur Magail, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Labbé est institué chef de clinique chirurgicale.

Nécrologie. — MM. les docteurs Bourdeaux (de Lailly), Maël (Anselme), médecin en chef des hospices de Montdidier et de Donfront.

— La Société française d'Électrothérapie organise une Exposition annuelle, qui aura lieu le vendredi et le samedi de la semaine de Pâques, en 1893.

Cette Exposition, qui sera installée dans le laboratoire de physique de la Faculté de médecine de Paris, comprendra le matériel instrumental utilisé en électrothérapie, ainsi qu'une démonstration des méthodes électriques, planches, schéma, etc.

Le Comité d'organisation est composé de M. le professeur Gariel, de MM. les docteurs Tripier, Gautier, Vogt, et de M. Gaiffe, constructeur.

Les médecins et constructeurs sont priés de s'adresser, dès maintenant, à M. le docteur Vogt, 28, rue Saint-Lazare, Paris.

— Le concours pour la nomination d'interne en pharmacie dans les hôpitaux et hospices de la ville de Paris aura lieu le 16 mars prochain. Les candidats devront s'inscrire au secrétariat de l'Assistance publique, du 1er au 28 février inclusivement, de onze heures à trois heures.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — Clinique chirurgicale de M. le professeur Duplay

ABCÈS FROID OSSIFLUENT DU TRIANGLE DE SCARPA

Vous venez de voir, au lit n° 10 de la salle Velpeau, un malade porteur d'une lésion relativement commune. C'était un jeune homme de 22 ans, teinturier de son état. Il raconte qu'au mois de novembre 1891, il éprouva dans le membre inférieur droit des douleurs peu vives, qui survenaient surtout lorsqu'il avait fatigué plus que de coutume. Elle ne suivaient pas un trajet déterminé, comme celles qui accompagnent la névralgie sciatique, mais leur maximum siégeait au niveau du pli fessier. C'était un sentiment de fatigue et de gêne survenant à la fin de la journée plutôt qu'une douleur véritable. La marche, d'ailleurs, n'était nullement empêchée et il ne boitait pas.

Un mois après le début des accidents, il aperçut par hasard dans l'aine, à la partie interne de la cuisse droite, une grosseur du volume d'un œuf, et n'y fit pas attention. Cependant, la tuméfaction augmentait et, cinq mois après, lorsqu'il se décida à entrer à l'hôpital, elle était énorme. Mais, à mesure que son volume devenait plus considérable, les douleurs du début disparaissaient complètement. Quels sont les caractères de cette tumeur ?

Ce qui frappe d'abord, c'est son volume. Elle est énorme et, quand on l'examine avec soin, on voit qu'elle se décompose en deux parties, l'une

FEUILLETON

Le Serpent de Pharaon. — Tout le monde sait qu'on désigne sous ce nom à réminiscence biblique un jouet qui fut très à la mode en 1865. Il avait été mis en vogue par le prestidigitateur Clevermann. C'était un petit cylindre jaunâtre qui n'avait aucune apparence; mais, quand on y mettait le feu, on le voyait s'allonger, se gonfler, se tordre et donner naissance à une cendre énorme représentant assez exactement un serpent. Cette petite expérience de physique a fait pendant quelque temps le bonheur des enfants, et même des grandes personnes; puis, comme c'était toujours la même chose, sa vogue a passé et elle a fait place à celle de quelque autre truc du même genre; mais le serpent est perfide, et l'espèce humaine en sait quelque chose, puisque c'est la forme que l'esprit des ténèbres a prise pour tromper nos premiers parents. L'ophidien factice dont je parle n'a pas de pareils méfaits à se reprocher; mais pour reconquérir la faveur du public, il a pris dans ces derniers temps une forme malséante qui lui interdit l'entrée des salons et sous laquelle il paraît qu'il a fait encore des siennes, puisqu'il a été appelé à comparaître, le 20 janvier dernier, devant la haute cour d'hygiène

située dans la fosse iliaque droite, l'autre dans le triangle de Scarpa du même côté. Cette dernière, la plus considérable des deux, atteint le volume d'une tête de fœtus ; elle remplit complètement le triangle. La tumeur située dans la fosse iliaque ne présente pas de limites bien nettes, surtout en haut. On la sent bien au-dessous de l'arcade crurale, mais, au-delà, elle plonge dans l'abdomen, où le doigt la perd.

A la percussion, elle est franchement mate. Elle est fluctuante partout d'une façon évidente et même, lorsqu'une main est appuyée sur la tumeur qui siège dans la fosse iliaque, l'autre main, placée sur le triangle de Scarpa, est nettement soulevée. Les deux poches communiquent donc sûrement entre elles.

Notons encore que cette grosseur n'est pas animée de battements, excepté cependant au niveau de la fémorale. Cette artère, soulevée et rendue superficielle par la tumeur qui passe au-dessous, peut-être facilement suivie avec le doigt. Ses battements sont même visibles lorqu'on la regarde avec un peu d'attention, En dehors de ce point, pas de battements, pas d'expansion, pas de souffle. Sur aucun point on ne détermine de douleur. La peau qui la recouvre est saine. Cependant, vous avez pu remarquer qu'il existe à ce niveau une légère exagération de la circulation veineuse superficielle, indice d'une gêne de la circulation veineuse profonde.

Il est évident, d'après tous ces symptômes, que nous sommes en présence d'une énorme collection liquide. Il nous reste encore à déterminer quel est son siège anatomique et quelle est sa nature.

Pour son siège, nous pouvons affirmer qu'elle est sous-aponévrotique. Le soulèvement de l'artère fémorale en est la preuve ; car, si elle était en avant ou contre l'artère, les battements artériels ne seraient pas perçus. Cette tumeur est donc sûrement au-dessous du fascia iliaca, dans la gaine du psoas iliaque qu'elle a suivie. D'ailleurs, souvenez-vous qu'elle a fait son apparition à la partie interne de la racine du membre inférieur droit ; puis, peu à peu, à mesure qu'elle grossissait, l'aponévrose se laissait distendre.

---

qui siège à la préfecture de police. Le ministère public était représenté par l'éminent directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, M. Planchon. Dans un rapport très clair et très savant, il a prouvé que ce jouet était dangereux par lui-même et par les vapeurs que dégage sa combustion.

La substance qui prend en brûlant ces dimensions et ces formes bizarres n'est autre que le *sulfo-cyanure de mercure*, ou le sulfo-cyanate mercurique, si on le préfère, moi, je n'y tiens pas. C'est une substance éminemment toxique et qui causa jadis deux empoisonnements, dont l'un a été relaté *in extenso* par le professeur Michel Peter, dans les colonnes de ce journal (*Union médicale* de septembre 1865).

La victime de ce serpent vénéneux, le prince d'O..., n'en mourut pas, parce qu'il n'avait avalé qu'une très petite portion du cylindre et qu'on le fit vomir immédiatement. Il eut même la chance (ces choses-là n'arrivent qu'aux grands personnages) d'être délivré du même coup d'un tænia qui habitait depuis quelque temps son tube digestif. Le serpent y tua l'entozoaire comme les bons microbes tuent les mauvais. Dans le second cas, cité par M. Planchon, l'avaleur de serpents mourut comme un homme vulgaire qu'il était.

Quant aux vapeurs que dégage la combustion, M. Lentrait, chef des travaux chimiques de l'Ecole de pharmacie, y a constaté la présence de vapeurs de sulfure de mer-

Quelle est la nature de cette collection liquide?

Cela ne peut-être que du sang, de la sérosité ou du pus.

Ce n'est pas du sang, puisque, dans les antécédents de notre malade, nous ne trouvons ni traumatisme, ni maladie antérieure permettant d'expliquer, en ce point, la présence d'une collection sanguine.

Est-ce un anévrysme? Assurément non, puisque nous ne trouvons ni battements, ni expansion, ni souffle. Je dois cependant vous prévenir qu'il est possible qu'un anévrysme de l'aorte vienne faire saillie dans le triangle de Scarpa. J'ai observé à Beaujon, pendant la guerre, un cas de ce genre que je fus même sur le point d'ouvrir, l'ayant pris pour un abcès froid. Le malade mourut de son anévrysme et, à l'autopsie, je trouvai un anévrysme de l'aorte thoracique qui s'était frayé un chemin à travers le diaphragme et qui venait faire saillie dans le triangle de Scarpa, en passant au-dessous de l'arcade crurale. Mais, ici, il ne s'agit pas d'un cas de ce genre.

Le contenu de cette tumeur est-il séreux?

Vous savez qu'il existe à ce niveau des kystes qui peuvent quelquefois acquérir un volume considérable et qui, presque toujours, se prolongent jusque dans la fosse iliaque. J'en ai signalé dans ma thèse sur les collections séreuses de l'aine. Mais si ces kystes siègent bien dans le triangle de Scarpa, ils ne sont pas sous-aponévrotiques. Ils sont superficiels, sous-cutanés. De plus, ils ne naissent pas, comme ici, à la région interne de la racine du membre inférieur. Ajoutons enfin qu'on atteint facilement leur limite supérieure, qui est plus superficielle. Or, chez notre malade, on ne peut atteindre la limite supérieure du prolongement abdominal.

Est-ce un kyste hydatique? Cette hypothèse ne nous arrêtera pas. Ces tumeurs, en effet, ne siègent pas à la région antérieure et interne de la cuisse et ne fuient pas, comme ici, profondément dans l'abdomen..

C'est donc une collection purulente, c'est-à-dire un abcès. On peut même affirmer que c'est un abcès froid, puisqu'il a évolué en silence, sans fièvre et sans douleur. C'est un abcès tuberculeux.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un abcès froid de gros

---

cure, de mercure métallique, d'acide sulfureux, d'acide carbonique, et d'une petite quantité de cyanogène ou d'acide cyanhydrique. Que de poisons dans le petit nuage de fumée grisâtre que vomit le reptile en se tortillant sur la table et qu'on voit s'envoler vers le plafond!

Il faudrait assurément brûler un bien grand nombre de ces cylindres malfaisants pour rendre l'atmosphère toxique; mais il est certain qu'on ne peut pas laisser un produit pareil entre les mains des enfants. Tout le Conseil a été de cet avis et l'a prouvé en adoptant les conclusions du rapport de M. Planchon. Elles consistaient : 1° à interdire la vente des serpents de Pharaon; 2° à ranger le sulfo-cyanure de mercure, à la suite du cyanure de ce métal, dans la liste des substances vénéneuses au nombre desquelles il n'avait pas été mis jusqu'ici.

Par la même occasion, le savant chimiste a exécuté un autre composé mercuriel tout aussi dangereux, et qui se vend couramment sur la voie publique sous le nom de *bain pour argenter les métaux*. C'est du nitrate mercureux accompagné d'amidon, ainsi qu'on l'a constaté au Laboratoire municipal et dans celui de l'Ecole de pharmacie. Ce liquide mis en contact avec les métaux à argenter, laisse déposer sur ceux-ci une couche blanche de mercure; or, comme il s'agit le plus souvent de couverts, on absorbe cette poudre

volume, on doit en rechercher le point de départ dans le squelette, car c'est toujours un abcès ostéopathique. On les nomme encore abcès par congestion, car ils apparaissent plus ou moins loin de leur point de départ osseux.

Ici, quelque soin que l'on apporte à examiner les os voisins, on ne trouve rien. La partie supérieure du fémur et le bassin sont sains. Il en est de même des articulations coxofémorale et sacro-iliaque. Mais, lorsqu'on est en présence d'une collection purulente volumineuse de l'aine, on doit en chercher l'origine dans la colonne vertébrale. En effet, le type des abcès par congestion provient de la partie dorsolombaire du rachis. Le pus suit le muscle psoas-iliaque et apparaît dans le triangle de Scarpa et au niveau du petit trochanter. Or, en examinant la colonne vertébrale de notre malade, nous avons encore des renseignements tout à fait négatifs. Jamais il n'a souffert de la région rachidienne; il n'a pas ressenti de douleurs en ceinture; il n'a jamais éprouvé de gêne ni de douleur en se baissant. La pression ou la percussion sur les apophyses épineuses n'éveille en aucun point la plus légère souffrance. Il a même fallu insister, dans l'interrogatoire que nous lui avons fait subir, pour lui faire dire qu'après avoir travaillé, il sentait dans la région lombaire une légère pesanteur. Ajoutons enfin qu'il nous manque, en outre, la gibbosité, qui est un des bons symptômes habituels du mal de Pott.

Vais-je conclure, à cause de l'absence de tous ces signes, que décidément cette collection purulente ne provient pas de la colonne vertébrale? Non, car il faut savoir qu'on trouve, surtout chez l'adulte, de gros abcès froids de l'aine, sans difformité et sans lésions apparentes, bien qu'il soit bien rare, même dans ce cas, de ne pas rencontrer de la douleur et de la fatigue à la fin de la journée. Malgré cela, je n'hésite pas, à cause du volume considérable de l'abcès et de son prolongement vers le rachis, à le rattacher à une lésion des corps vertébraux. Cette lésion doit exister en surface à la partie antérieure de la vertèbre malade. C'est ce qui explique qu'il n'y ait

---

toxique en mangeant la soupe. Le liquide est, du reste, dangereux par lui-même. Il y a donc lieu de proscrire ces bains et de faire entrer le *nitrate mercureux* dans la liste des substances vénéneuses, où il ne figure que sous la rubrique insuffisante de nitrate de mercure, laquelle paraît ne devoir s'appliquer qu'au nitrate mercurique.

Les fontaines automatiques. — Il n'est personne qui n'ait expérimenté, dans le temps, ces balances automatiques qui vous apprennent votre poids pour deux sous. Il y en a maintenant partout, dans les gares de chemins de fer, dans les grands magasins, sur la voie publique, et notamment aux Champs-Élysées. Le mécanisme, très ingénieux, qui est mis en mouvement par la chute de la pièce de dix centimes, a reçu depuis de très nombreuses applications. On rencontre à tous les coins de rue des édicules qui vous livrent avec une probité irréprochable, sans vous faire attendre un instant, et toujours pour le même prix, une tablette de chocolat, un bonbon, un petit flacon d'odeur, qui vous font passer sous les yeux une série de vues photographiques, vous offrent un journal plié sous un très petit volume, ou vous disent la bonne aventure. Il y en a même qui vous font votre portrait.

absolument pas de douleur lorsqu'on explore et même lorsqu'on percute la colonne vertébrale par derrière.

C'est dans des cas de ce genre qu'on a vu quelquefois des malades, en faisant un effort, un saut par exemple, devenir brusquement bossus. Le corps vertébral, en effet, rongé par la lésion, s'amincit et tout à coup s'effondre au moment de l'effort ou de la chute.

Aussi chez notre malade, d'après tous ces symptômes, je conclus comme diagnostic à un énorme abcès par congestion de la région inguino-crurale, ayant pour origine le rachis.

Y a-t-il, dans notre observation, quelque chose qui puisse confirmer ce diagnostic? Oui, surtout dans les antécédents. Les parents, il est vrai, semblent avoir été exempts de la tuberculose; mais sur treize de leurs enfants, sept sont morts actuellement. Parmi ceux-ci, deux ont succombé franchement phtisiques, et une des sœurs eut des hémoptysies avant de mourir. Les quatre autres ont été enlevées en bas âge par des affections inconnues.

Les antécédents personnels nous permettent aussi d'établir notre diagnostic. L'enfance de notre malade a été bonne. Notons cependant qu'il a eu, à cette époque de sa vie, des ophthalmies persistantes ayant laissé une tache blanche sur son œil droit. Vers l'âge de 10 ans, il eut des érysipèles fréquents, puis sa santé s'est affermie. Actuellement, il semble se porter très bien. Mais, à première vue, vous remarquerez que c'est un blond, à peau blanche et fine; qu'il est blême, un peu amaigri et d'un tempérament lymphatique. A part cela, ses diverses fonctions s'exercent normalement, et il ne tousse pas. L'auscultation et la percussion la plus attentive n'ont rien révélé du côté de ses sommets. Mais il a contre lui ses antécédents fâcheux et son apparence.

Quel est le pronostic de cette affection?

C'est celui de toutes les tuberculoses locales. Il est d'autant plus grave qu'il s'agit d'un abcès par congestion énorme dépendant du rachis. Il faut considérer ici le pronostic général et le pronostic local.

Tout cela est fort ingénieux, fort amusant, mais la gravité du feuilleton médical ne s'accommode point de pareilles futilités, et nous n'en aurions rien dit si cette invention n'avait pas été appliquée à quelque chose de plus sérieux et de plus utile.

Il y a trois ans environ, c'était, si notre mémoire ne nous trompe pas, dans l'hiver de 1889-1890, des philanthropes avaient eu l'idée d'installer, près des Halles centrales, sur la place de la République et sur les boulevards extérieures, des fontaines automatiques qui, mises en mouvement par le décime sacramentel, versaient, au gré du consommateur, un verre de vin ou une tasse de café tout chaud. Les ouvriers des deux sexes, lorsqu'ils sortaient de leur logis et se rendaient au travail, dans la brume glacée du matin, trouvaient là le moyen de se réconforter pour tout le trajet avec une tasse de café brûlant; mais cela ne faisait pas les affaires de nos seigneurs les cabaretiers. Ils adressèrent une réclamation au Conseil municipal, en se basant sur la concurrence illicite que leur faisaient ces automates qui ne payaient pas la patente. Ils les accusèrent de favoriser l'ivrognerie, tandis que chacun sait quelle ardeur et quel zèle ils mettent, eux, lesdits cabaretiers, à réfréner l'alcoolisme. Enfin, ils incriminèrent la qualité des liquides versés par ces innocentes machines. Le laboratoire municipal ne les avait pas trouvés irréprochables, tandis qu'il est notoire que les liquides qu'on sert sur le zinc des

Au point de vue général, son affection étant de nature tuberculeuse, il est exposé à devenir phtisique.

Quant au pronostic local, il doit être étudié par rapport à la lésion osseuse et à l'abcès.

La lésion osseuse semble assez bénigne, puisqu'elle ne s'accompagne pas de déformation. Il faut se souvenir, cependant, de la possibilité de l'effondrement subit du corps vertébral, dont je vous ai parlé.

Quant à l'abcès lui-même, son pronostic est très atténué depuis la généralisation de la méthode antiseptique. Autrefois, on ouvrait ces abcès, ou plutôt on les laissait s'ouvrir seuls. Dans les deux cas, c'était la mort. D'abord, le malade allait mieux, puis bientôt la poche s'infectait, s'enflammait, et le malade mourait de septicémie.

Aujourd'hui, le pronostic est bénin et on rend au malade de grands services par l'intervention chirurgicale.

Le traitement doit être général et local.

Du premier, je ne dirai rien, bien qu'il soit extrêmement important et qu'on ne doive jamais le négliger.

Quant au traitement local, dans les cas ordinaires, il doit avoir en vue, d'une part, la cure de la maladie vertébrale et, d'autre part, l'abcès.

Ici, du côté du rachis, nous n'avons pas grand'chose à faire, si ce n'est de conseiller à notre malade de s'abstenir de fatigue et d'effort, de crainte des accidents dont je vous ai déjà parlé. Il sera bon qu'il demeure couché le plus possible. S'il se produisait une gibbosité, il faudrait l'immobiliser dans le décubitus dorsal.

L'abcès pourra être traité de deux façons différentes : soit par des injections microbicides, soit par l'ouverture et le drainage avec pansement antiseptique.

Les injections microbicides (sublimé, naphtol camphré, iodoforme) ont quelquefois donné de bons résultats, surtout l'injection d'éther iodoformé au dixième, après évacuation de l'abcès.

Mais, lorsque la tumeur est volumineuse, ces moyens doivent être aban-

---

débits sont d'une pureté que jamais aucun soupçon n'a effleurée. La lutte n'était pas égale. Les débitants sont les rois de l'époque, chacun le sait ; le Conseil municipal dut se rendre et, par un arrêté en date du 17 avril 1890, le vin et le café cessèrent de couler à l'appel de la pièce de deux sous.

La même pensée vient de renaître sous une autre forme et il y lieu d'espérer que cette fois personne ne réclamera. Pendant les grands froids que nous avons récemment subis, on a vu se dresser sur la voie publique une vingtaine de colonnes fournissant automatiquement et pour 5 centimes cette fois, 8 à 10 litres d'eau à une température de 60° à 80°. Nous ne décrirons pas le mécanisme à l'aide duquel la pièce de monnaie établit, en tombant, le contact entre l'eau froide et le gaz enflammé ; le *Génie civil* en a donné le dessin et exposé le fonctionnement. Ce qui intéresse les médecins dans cette invention, c'est le bien-être qui en résulte pour les familles d'ouvriers et tout ce que peut y gagner leur propreté personnelle et celle de leurs habitations. L'hygiène ne peut qu'applaudir à cette innovation qui doit rendre de réels services.

Il semblerait, d'après ce qui précède, qu'on a tiré, dans notre pays, tout le parti possible des édicules automatiques ; mais c'est une illusion dont il ne faut pas nous repaître. Ce n'est pas nous qui avons inventé le médecin automate, c'est un pharmacien

donnés et on doit avoir recours à l'ouverture de la poche. D'ailleurs, si les injections ont donné quelquefois des succès chez l'enfant, il s'en faut qu'elles aient amené les mêmes résultats chez l'adulte. Ici, donc, l'ouverture sera le procédé de choix. Comment devrons-nous la faire? Chez notre malade, nous pratiquerons deux ouvertures, l'une sur la poche fémorale, l'autre sur celle de la fosse iliaque. Elles devront être assez larges non seulement pour évacuer le pus, mais encore pour permettre de gratter les parois de l'abcès. Vous n'ignorez pas que le professeur Lannelongue a démontré que ces abcès migrateurs amènent, à mesure qu'ils avancent, une auto-inoculation. Aussi faut-il toujours enlever les germes de la paroi. Pour atteindre ce résultat, après avoir curé la face interne de la poche, nous y ferons des injections microbicides. Afin de bien laver toute la cavité de l'abcès, nous établirons dans la plaie deux gros drains, l'un passant de l'ouverture fémorale à celle de la fosse iliaque, au-dessous de l'arcade crurale, tandis que l'autre sera dirigé en haut, vers le rachis, jusqu'au niveau du corps vertébral malade. On peut ensuite réduire l'étendue des plaies fémorale et iliaque.

Après cette intervention, on obtient quelquefois une guérison complète, même de la lésion osseuse. Mais il arrive aussi que cette dernière persiste, alors que la portion fémorale de l'abcès est totalement cicatrisée. Par le trajet du drain, on fera alors des injections antiseptiques jusqu'à la guérison de la lésion osseuse.

Donc, dans les deux cas, on rendra de grands services aux malades.

Je dois cependant vous prémunir contre la tendance qu'ont quelques chirurgiens d'enlever trop tôt le drain qui va au rachis. Chassaignac donnait comme principe de ne l'enlever que lorsqu'on le retire avec peine et qu'on fait saigner la plaie. C'est peut-être exagéré. Mais on devra se souvenir qu'on a des récidives lorsqu'on retire le drain trop tôt, surtout le drain rachidien, qui ne doit être enlevé que lorsqu'on a quelques gouttes de pus seulement dans les vingt-quatre heures sur le pansement.

Le malade fut opéré comme nous venons de l'indiquer. La guérison de

---

hollandais qui a conçu cette idée géniale et qui l'a exécutée. Qu'on se figure un mannequin percé de fentes rectangulaires sur toutes les parties du corps correspondant à quelque organe important. Il suffit d'insinuer une pièce de monnaie dans l'ouverture correspondant à la région dont on souffre et le mannequin consultant vous rend immédiatement une boite de pilules, ou un petit flacon contenant le remède approprié à votre cas.

Ne croyez pas que j'invente. Hélas ! je n'ai pas une imagination assez riche pour cela; j'ai lu ce fait divers dans une feuilleton du *Journal d'hygiène*, il y a trois ans, et il m'a tellement frappé que j'en ai gardé le souvenir. C'est qu'il y a là, en effet, une puissante idée. C'est l'idéal de la synthèse thérapeutique telle que la rêvent les gens étrangers à la médecine. On sait que, dans le peuple, on a l'habitude, quand on a mal quelque part, d'aller demander au pharmacien du quartier le remède qui convient à ce mal. Le pharmacien n'hésite pas et il délivre un remède ; mais il le fait payer cher et, de plus, il sort de ses attributions. Le mannequin médical se contente d'une obole et ne craint pas d'être poursuivi pour exercice illégal de la médecine. Je m'étonne que cette invention ne se soit pas vulgarisée ; elle avait de l'avenir ; mais elle peut renaître de ses cendres et il était bon de la tirer de l'oubli.

la poche fémorale fut obtenue la première, et, trois mois environ après l'intervention, le malade quittait l'hôpital guéri complètement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1893. — Présidence de M. Perrier.

Pas de discussion très importante à cette séance du 1er février, dont une grande partie a été occupée par des communications de membres correspondants.

A propos du procès-verbal, M. Picqué cite des observations curieuses d'**abcès du cerveau** consécutifs à des lésions de la mastoïde ayant causé des abcès extra dure-mériens sur le rocher. Ce chirurgien vient de faire un travail sur ce sujet avec la collaboration de M. Février; et nous aurons l'occasion d'en reparler dans ce journal.

La cholécystotomie, question discutée il y a quelque temps, donne aussi l'occasion à M. Tuffier de citer une observation dans laquelle un calcul du canal cholédoque avait amené l'atrophie complète de la vésicule.

Il s'agissait d'une femme de 31 ans atteinte d'ictère persistant, ayant eu une première attaque de coliques hépatiques plusieurs années auparavant, attaques qui s'étaient reproduites six mois et un mois avant son entrée à l'hôpital. Après un traitement médical inefficace, le diagnostic ayant été bien établi, l'opération fut pratiquée le 24 décembre 1892, et, ce qui frappa M. Tuffier, ce fut la présence d'une tuméfaction formée d'adhérences, tuméfaction qui avait été prise pour la vésicule dilatée. Celle-ci, ratatinée, au contraire, fut très difficile à trouver; elle avait le diamètre du petit doigt. Ce calcul siégeait au niveau de la tête du pancréas, mais était mobile et fut repoussée jusque dans la vésicule qui fut ouverte, et on dut cependant le broyer pour en opérer l'extraction. La plaie et la vésicule furent drainées. Vingt jours après l'opération, l'ictère avait presque complètement disparu et la malade est aujourd'hui fort bien.

Cette observation est curieuse à cause de la mobilité du calcul qui peut ainsi être repoussé dans la vésicule où son extraction est beaucoup plus facile que dans les parties profondes et aussi à cause de ce paquet d'adhérences épiploïques qui simulaient une dilatation de la vésicule biliaire.

A ce propos, M. Routier donne des nouvelles d'une malade dont il a fait l'histoire à une des dernières séances. En quatre semaines, sa fistule biliaire était fermée, et elle est, aujourd'hui, guérie.

— L'ablation par l'arthrotomie d'un **corps étranger articulaire du genou consécutif à une entorse avec hémo-hydarthrose** fait l'objet d'un rapport de M. Chauvel. C'est M. Hasler, médecin répétiteur à l'Ecole de médecine militaire de Lyon, qui pratiqua cette opération et qui fit des lavages intra-articulaires. M. Chauvel discute l'opportunité de ces lavages et expose que M. Hasler, pendant les irrigations de l'articulation, introduisit de l'air dans l'articulation et craignit d'infecter ainsi la séreuse.

M. Chauvel trouve qu'il fut aussi pratiqué dans cette opération trop de plans de sutures. M. Hasler en plaça trois.

L'examen histologique démontra que l'arthrophyte était cartilagineux et ne pouvait provenir d'une des surfaces articulaires; son origine n'était par conséquent pas traumatique.

MM. Championnière et Terrier se demandent quelle crainte l'air a pu inspirer à M. Hasler, on ne peut pas ouvrir largement l'articulation sans que l'air y pénètre et il n'y a pas le moindre danger à cela.

Le lavage de l'articulation était-il bien nécessaire ? Si M. Hasler l'a fait, répond M. Chauvel, c'est qu'il croyait à une hémo-hydarthrose et qu'il y avait de la sérosité épanchée dans l'articulation.

— Les pièces histologiques relatives aux résultats obtenus dans les **sutures des nerfs** sont rares, et M. Guelliot (de Reims), ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un homme sur lequel il avait pratiqué une suture secondaire du radial, en profita pour faire examiner les pièces. Chez son opéré, la sensibilité était revenue mais pas la motilité, et l'examen anatomique permit de contrôler qn'à quelques centimètres de la solution de continuité il s'était fait une régénération; mais que, dans le centre, il n'y avait que du tissu fibreux et à peine quelques cylindraxes. Il s'était donc produit une régénération partielle, due peut-être à l'absorption trop rapide des fils de catgut et des tubes décalcifiés dont il s'était servi.

Ceci prouve de plus que la sensibilité peut revenir sans que la continuité du nerf soit rétablie et qu'il n'en est pas de même de la motilité.

Le traitement chirurgical de l'ophthalmie granuleuse a été exposé ensuite par M. Lagrange (de Bordeaux), qui pratique, à l'aide d'une *curette* particulière *garnie de dents* sur sa face convexe, un grattage de la conjonctive et lave ensuite l'œil à l'aide d'un *écarteur à manche* qui permet de lancer un jet puissant sur la muqueuse et dans les culs-de-sac, même avec un petit écartement des paupières. Ce procédé est meilleur que le grattage à l'aide de la curette tranchante, suffisante pour les fongosités, mais susceptible aussi de détruire la muqueuse dans toute son épaisseur.

M. Turgis, membre correspondant, occupe aussi la tribune pour donner la relation d'une observation curieuse dans laquelle une femme, à la suite d'un phlegmon du bas-ventre, eut un abcès qui mit plusieurs mois à se cicatriser, et qui donna lieu, à chaque période menstruelle, à un écoulement sanglant. C'était probablement un ovaire hernié.

La Société a aussi entendu la lecture de deux travaux, l'un dû à M. Lejars, intitulé : **Résection pour luxation ancienne du coude** avec récupération des mouvements; l'autre, lu par M. Chervin, et ayant trait à l'importance des **exercices phonétiques dans le traitement des divisions de la voûte palatine et du voile du palais**. Ces deux mémoires ont été confiés à des rapporteurs.

La séance s'est terminée par la présentation d'une pièce de **gastro-entérostomie** pratiquée pour un rétrécissement cicatriciel du pylore par M. Monod. L'opération fut des plus simples, sans aucun incident, et le malade mourut pourtant le lendemain de l'intervention.

M. Guinard présente une pince d'un modèle spécial destiné à faciliter les suture de la peau.

Eugène Rochard.

Les bromures de potassium et de strontium (1),

par le Dr X. Delmis.

Nous portons trop d'intérêt aux progrès de la thérapeutique pour n'avoir pas suivi avec la plus vive curiosité l'échange de communications qui s'est fait, depuis quelques mois, dans les divers Congrès médicaux, au sujet des effets thérapeutiques comparés du

(1) *Gazette des hôpitaux* du 25 février 1892.

bromure de potassium et du bromure de strontium. Si nos éminents maîtres, A. Voisin, Legrand du Saulle et Falret, ont été les intronisateurs du bromure de potassium en France, ce journal s'est fait le vulgarisateur de leurs doctrines. Et nous avons cette satisfaction de constater, après tant d'expériences tentées et tant de résultats obtenus qu'aucune de leurs prescriptions n'a été mise en défaut. Le bromure de potassium est demeuré le remède souverain dans le traitement des maladies nerveuses, en général, et de l'épilepsie en particulier. L'année dernière, cette vérité était magistralement constatée dans l'ouvrage de M. Féré (1) et, ici même, dans une revue critique de M. Gilbert Ballet (2). Mais c'est le propre de la science de ne pouvoir jamais s'en tenir à un résultat acquis et d'être toujours à la recherche du mieux. MM. Germain Sée, Constantin Paul (3) et Dujardin-Beaumetz (4), constatent la parfaite innocuité des sels de strontium et la tolérance du bromure de strontium par certains estomacs moins sympathiques aux autres bromures. Ces observations, venant confirmer celles de Vulpian, ont stimulé la curiosité des praticiens à l'égard de ces sels. Et parmi ceux-là mêmes qui préconisaient le bromure de potassium comme le seul efficace, il s'en est rencontré, tels que M. Féré (5), qui déclarent les observations faites sur la puissance thérapeuthique du bromure de trontium comme intéressantes à constater : « Si l'on considère, dit-il, que le bromure de strontium, d'après les essais faits pendant quatre mois, paraît remplir les indications du bromure de potassium à hautes doses dans les affections convulsives. »

Rappelant ces précédentes observations, M. le Dr Laborde (6) conclut à l'efficacité du bromure de strontium, qui, suivant lui, peut être substitué au bromure de potassium, notamment dans le traitement de l'épilepsie. D'autre part, les observations et les expériences, celles de M. le professeur G. Sée notamment, ont établi l'utilité des sels de strontium dans le traitement des affections de l'estomac, des reins et du cœur. Dans les dyspepsies gastro-intestinales, l'usage du bromure de strontium régularise la digestion, fait disparaître les douleurs si elles existent (la gastralgie et l'entéralgie) et, enfin, dissipe les flatuosités qui constituent un des principaux inconvénients de ces dyspepsies.

Dans la thérapeutique si pauvre des altérations rénales et de l'albuminerie, l'usage des sels de strontium et particulièrement du bromure, est appelé à jouer aussi, à l'avenir, un rôle précieux. Par l'administration de ce médicament, on diminue notablement les proportions d'albumine qui, souvent, même, arrive à disparaître; la dyspepsie, la céphalalgie, qui indiquent un commencement d'intoxication urémique, s'atténuent, les œdèmes cessent de se produire. Enfin, le bromure de strontium est particulièrement indiqué chez les individus atteints d'affection du cœur, chaque fois que l'éréthisme de l'organe, les palpitations, les crises d'étouffements nécessitent l'emploi d'un sédatif.

Mais les justes défiances du praticien, si grandes à l'égard de la pureté des bromures de potassium, se sont montrées plus ombrageuses encore, et avec raison, à l'égard de la pureté des sels de strontium toujours si difficiles à isoler des sels de baryte, dont la toxicité est à redouter. C'est ainsi que M. le Dr Lutaud signalait, récemment, deux accidents produits par l'ingestion d'un sel de strontium. Mais, en nous offrant les résultats de ses observations, M. Lutaud ne nous a pas dit si le médicament administré avait

(1) Ch. Féré. *Les épilesise et les épileptiques.*

(2) G. Ballet. De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement, *Gazette des hôpitaux*, 26 juillet 1890.

(3) G. Sée, C. Paul. Séance de l'Académie de méd. du 28 juillet 1891.

(4) Dujardin-Beaumetz. Soc. de thérapeuthique, séance du 11 novembre 1891.

(5) Féré. Soc. de biologie, séances des 17 octobre et 21 novembre 1891.

(6) Laborde. Soc. de biologie, séance du 5 décembre 1891.

été préalablement soumis au procédé d'analyse signalé par M. Dujardin-Beaumetz et qui eût peut-être amené la découverte d'une certaine proportion de baryte.

Quelle conclusion tirer de ces communications en apparence contradictoires ?

Cette conclusion est double.

La première affirme, une fois de plus, l'efficacité et la supériorité du bromure de potassium dans le traitement des maladies nerveuses. Le tableau comparatif dressé par M. le Dr Féré, touchant la toxicité des divers bromures, est un nouvel élément de démonstration à l'appui de cette précieuse méthode et maintient la suprématie au bromure de potassium bien préparé. Car, si la puissance thérapeuthique d'un sel est en raison directe de sa toxicité, le rang qu'occupe, dans le tableau de M. Féré, le bromure de potassium, assure à ce dernier sel des avantages indiscutables sur les bromures d'ammonium, de strontium et de sodium. Cette étude comparative ne fait que constater ce qu'un passé expérimental de plus de vingt années a déjà démontré. La pratique aurait, cependant, grand tort de ne pas prêter l'oreille à une seconde conclusion, non moins évidente et qui propose aujourd'hui à la thérapeutique le bromure de strontium comme un succédané du bromure de potassium, dans le cas où le malade, saturé physiquement et moralement, voit son estomac se refuser à une plus grande ingestion du bromure de potassium. La précaution dans l'administration du bromure de strontium doit être plus sévère encore puisque, ainsi qu'il a été indiqué plus haut, la pureté du produit ne s'obtient qu'avec les plus attentives précautions. Témoins des résultats obtenus, depuis vingt ans, dans la préparation du bromure de potassium, par les procédés d'analyse de M. Henry Mure, les plus grands praticiens ont démandé à cet habile chimiste de s'intéresser à ce progrès de la science, pensant qu'éclairé sur l'efficacité des bromures et la nécessité des sels associés, il pourrait, mieux que tout autre, préparer un produit qui, en donnant toute sécurité au praticien, assurerait au malade impatient du bromure de potassium le soulagement qu'on n'avait pu obtenir de ce dernier remède.

Leur attente n'a pas été vaine, et après s'être enquis auprès des personnages les plus autorisés, après s'être inspiré des prescriptions de ces grands praticiens, la maison Henry Mure met aujourd'hui à leur disposition une préparation à base de bromure de strontium d'une pureté irréprochable. La perfection à laquelle M. Henry Mure était parvenu dans la composition du bromure de potassium est garante de ce que peut être le bromure de strontium offert aujourd'hui à toute victime d'une névrose.

Chaque cuillerée de sirop de Henry Mure au bromure de strontium contiendra, comme son congénère au bromure de potassium, 2 grammes de sel chimiquement pur.

La pratique médicale prend note de la nouvelle préparation de M. Henry Murc. Mais le bromure de potassium demeurera son auxiliaire le plus puissant.

COURRIER

La mort de M. Horteloup laisse vacant le service de Civiale à l'hôpital Necker et il serait, paraît-il, question de transporter ailleurs les salles affectées par le créateur de la lithotritie au traitement des maladies des voies urinaires.

Nous n'avons pas ici à nous faire l'écho des raisons qu'on peut en donner ; il en est une qui suffit, c'est l'intérêt, pour la population parisienne, de trouver, des deux côtés de la Seine, un service spécial à ces sortes de maladies. Mais, à la réunion des chirur-

giens des hôpitaux tenue mercredi, après la séance de la Société de chirurgie, il y aurait eu une discussion un peu longue de laquelle il résulterait que le transport du service de Civiale dans un autre hôpital serait bien accueilli. Les salles occupées aujourd'hui à Necker par les urinaires seraient rendues à la chirurgie générale. Mais où placer, sur la rive droite, ce service d'urinaire? A Saint-Louis, répond-on. Mais aucun des chirurgiens titulaires de cet hôpital, pas plus que d'aucun autre, ne consentira à cette transformation de son service, d'où la nécessité qui s'impose d'affecter une salle spéciale à ce nouveau service.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — A la suite des plaintes de l'Association syndicale des médecins de la Seine, le tribunal vient de condamner à 15 francs d'amende un magnétiseur fameux.

Le tribunal s'est prononcé par anticipation sur la loi de 1892, qui ne sera exécutoire qu'en décembre 1893.

— La septième session du CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE s'ouvrira le lundi de Pâques 3 avril, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Lannelongue.

— M. le docteur Eugène Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, est chargé d'une mission scientifique en Autriche, afin d'étudier les questions qui se rattachent à l'enseignement de la gynécologie.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — Par décret du 30 janvier, ont été promus dans le corp de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin principal (choix), M. le médecin de 1re classe L.-A. Mesnard. — Services de guerre au Dahomey.

Au grade de médecin de 1re classe (ancienneté), M. le médecin de 2e classe J.-E.-G. Carrière.— Services de guerre au Dahomey.

Chacun des ports de Lorient, de Rochefort et de Toulon désigne un médecin de 1re classe pour les cuirassés le *Terrible*, l'*Indomptable* et le croiseur le *Sfax*, dans l'escadre de réserve de la Méditerranée.

Le ministre demande un médecin de 1re classe pour aller continuer ses services au Bénin ; cet officier du corps de santé rejoindrait son poste par le paquebot partant de Marseille, le 25 février.

M. le médecin de 2e classe Bousquet est désigné pour embarquer, en sous-ordre, sur le *Hoche*, dans l'escadre de la Méditerranée. — M. le médecin de 2e classe Caraës est destiné au vaisseau-école l'*Austerlitz*, en remplacement de M. Négadelle. — Par décret du 30 janvier, M. M.-A.-A. de Cotte, ancien médecin de 2e classe de la marine, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

M. Nouaille, élève du service de santé, est nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe de la marine, pour servir à Brest.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

M. le professeur Lépine vient de publier, dans le dernier numéro du *Lyon médical*, un article qu'il intitule l'*Agrégation-carrière*, dans lequel il expose ses idées sur le recrutement du personnel enseignant des Facultés. Le but à atteindre serait pour lui d'arriver à avoir des hommes qui suivraient une filière pour arriver au professorat, sans être remerciés, leurs neuf années d'agrégation terminées.

Pour arriver à ce résultat, il propose de laisser grandes ouvertes les portes de l'enseignement et de permettre à quiconque le désirerait de faire un cours à la Faculté. Au milieu de cette légion de jeunes conférenciers, quelques-uns se distingueraient forcément des autres, et au bout d'un certain temps d'épreuve, deux ans par exemple ou davantage, l'agrégé qui n'était jusque-là que *privat docent*, pour nous servir des propres termes du professeur Lépine, pourrait être, s'il le méritait, chargé d'un cours rémunéré ou appelé comme récompense à faire passer les examens, ce qui, croyons-nous, serait un médiocre avantage. Le conseil de Faculté serait appelé à faire un choix parmi les *privat docenten*.

Ce jeune agrégé rémunéré garderait son titre et ses fonctions jusqu'à la limite d'âge de l'agrégation, c'est-à-dire quarante-cinq ou quarante-huit ans; mais serait presque toujours auparavant nommé soit professeur adjoint, soit professeur titulaire.

Comme on le voit, le jeune docteur qui se prépare à l'enseignement serait par ce système à peu près assuré du titre de professeur adjoint. Combien faudrait-il créer de ces places de professeurs pour donner ainsi satisfaction à la plupart des *privat docenten?* C'est ce que M. Lépine ne nous dit pas; mais il prévoit pourtant qu'il y aurait là un surcroît de dépense pour le budget, et espère trouver dans les donations particulières, les sommes suffisantes pour faire face aux besoins?

Telles sont les grandes lignes du système du professeur Lépine. Comme il le fait remarquer, l'idée d'ouvrir plus largement les portes des Facultés a déjà été émise dans un récent article de M. Lereboullet; mais ce dernier n'avait qu'un but, créer des agrégés en plus grand nombre pour ne pas laisser inactives les personnalités, qui, quoique malheureuses dans leurs épreuves de candidat, pourraient cependant être d'un grand secours pour l'enseignement.

Cette augmentation du nombre des places d'agrégés diminuerait certainement la valeur du concours, et il ne faut pas oublier qu'une fois cette épreuve finie, il n'en reste plus d'autres pour arriver au professorat. C'est

le choix qui fait le reste de la carrière. Ne semble-t-il pas que petit à petit le concours perde du terrain, et ne voyons-nous pas la possibilité de sa suppression être acceptée de jour en jour avec plus de facilité. Après tout, peut-être ces projets ont-ils du bon en permettant à un grand nombre de faire leurs preuves devant un auditoire dont le jugement acquerrait de plus en plus d'importance.

Nous avons voulu seulement exposer les idées de M. Lépine, sans entreprendre de les discuter. Il y a tant de choses à dire sur ces questions si importantes de l'enseignement ! et elles sont si difficiles et si délicates à traiter ! Pour rester sur le même terrain, faisons cependant remarquer qu'elles ne sont pas les mêmes dans tous les centres d'instruction et que l'uniformité qui s'impose aujourd'hui à toutes les Facultés de médecine, dans leur façon d'enseigner, dans la répartition des cours, n'est pas faite pour permettre au progrès de se manifester. Aussi, ne pouvons-nous qu'applaudir à la création des universités. Tout espoir n'est pas perdu, paraît-il, puisque le directeur de l'Enseignement supérieur, M. Liard, dans un discours prononcé à Bordeaux, il y a quelqus jours, nous a fait espérer que, d'ici peu, le Sénat reprendra la discussion du projet de loi enterré depuis de longs mois. Cette loi votée sera-t-elle suffisante ? laissera-t-elle les centres universitaires libres de disposer de leurs fonds et de diriger leur enseignement, pourvu que le programme officiel des études soit rempli ; c'est ce que nous souhaitons; car, de cette façon, la décentralisation demandée par tous, pourra, petit à petit, s'effectuer au grand avantage des Facultés et de ceux qui les fréquentent.

Le coli-bacille dans les affectious chirurgicales de l'anus

MM. Lannelongue et Achard (1), H. Hartmann et Lieffring (2), viennent d'attirer simultanément l'attention du public chirurgical sur le rôle joué par le *bacterium coli commune* dans les affections anales et péri-anales.

On sait les nombreuses discussions auxquelles ce bacille a donné récemment lieu, à propos de la fièvre typhoïde. On l'a déjà trouvé dans de nombreux foyers de suppurations, dans certaines collections hépatiques, par exemple. C'est le bacille normal le plus susceptible de déterminer « la formation du pus ». Son habitat dans l'intestin devait amener à le rencontrer dans une région comme l'anus, prédisposé par sa situation à la formation fréquente d'abcès. Pourtant, comme le font remarquer MM. Lannelongue et Achard, M. Macaigne, dans une thèse récente (1892) sur le bacterium coli, déclare n'avoir trouvé sa présence signalée que par M. J. Renault et dans les observations que les deux auteurs cités plus haut reproduisent dans le *Bulletin médical*. Ces deux observations datent du reste de l'année 1890.

Faut-il en chercher la raison dans la multiplicité des microbes qu'on rencontre au milieu des collections purulentes péri-anales, microbes qui masquent et empêchent de

(1) Abcès de la marge de l'anus d'origine bacillaire, par MM. Lannelongue et Acard, *Bulletin médical*, 25 janvier 1893.

(2) Communication à la Société anatomique, séance du 20 janvier 1893.

découvrir le coli-bacille? Faut-il attribuer la non-découverte de cet agent pyogène à l'insuffisance des examens bactériologiques faits sur le pus recueilli dans les abcès de l'anus? Il est difficile de le dire ; toujours est-il que MM. Hartmann et Lieffring viennent de le reconnaître dans un cas d'hémorrohïdes enflammées et dans un foyer de suppuration développé autour d'un rétrécissement ano-rectal.

Chez leur premier malade, il s'agissait d'une hémorrhoïde externe turgescente qui fut incisée. Un caillot ramifié remplissait cette petite tumeur douloureuse, et ce caillot, examiné ainsi que les ensemencements faits avec le sang recueilli au moment de la ponction, laissèrent voir des cultures pures de *B. coli.* De là à se demander si la phlébite hémorrhoïdaire n'est pas produite par la pénétration de cet agent, il n'y a qu'un pas, et cette pénétration permettrait d'expliquer pourquoi cette phlébite se produit à un moment donné plutôt qu'à un autre. C'est, du moins, là l'explication qu'en donnent Hartmann et Leffring, et l'examen bactériologique semble leur donner raison.

Cette première étape pourrait amener à la formation d'abcès de la marge de l'anus, et, en effet, dans certains d'entre eux, on a rencontré le *coli bacille.* Les deux observations de MM. Lannelongue et Achard en sont une preuve. Dans leur première observation, il s'agissait d'un abcès de la fosse ischio rectale chez un enfant, chose curieuse, qui fut atteint de cette complication dans le cours d'une fièvre typhoïde. Le pus était phlegmoneux et fétide. Dans leur second cas, c'était un abcès de la marge de l'anus survenu, cette fois, deux mois après un érysipèle compliqué d'abcès au front. Le pus, ici, était jaune-verdâtre et non fétide.

Il existe encore une observation de Moscatello, parue en 1891 dans la *Riforma medica,* qui montre le *B. coli* dans un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur consécutif à une rectite ulcéreuse.

Tous ces faits sont intéressants et appellent des examens nouveaux. C'était autrefois le bacille de la tuberculose qui était le grand facteur des abcès anaux et péri-anaux. A l'heure qu'il est, il faudra rechercher le coli-bacille, et rien d'étonnant à ce que, dans des suppurations voisines de l'intestin, on trouve un micro-organisme qui siège à l'état normal dans cet intestin ; de même que, dans les inflammations péribuccales, l'examen décèle les microbes siégeant dans la bouche.

Comme on le voit, la spécificité des suppurations semble faire chaque jour un pas nouveau et paraît donner raison à ceux qui entrevoient dans l'avenir la découverte du topique s'adressant à chaque pus en particulier.

E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 février. — Présidence de M. Fernet.

Sur quelques cas d'atrophie musculaire progressive chez des syphilitiques

M. Raymond : Les recherches anatomiques et cliniques des dix dernières années ont singulièrement modifié nos conceptions sur **les atrophies musculaires progressives.** Un grand nombre de types cliniques nouveaux sont venus restreindre de plus en plus, presque jusqu'à le réduire à néant, le champ de l'ancien type Aran-Duchenne, dont on ne publie, pour ainsi dire, plus d'exemples.

Les deux observations que je vais rapporter se rattachent à un point intéressant de l'histoire des amyotrophies.

Le premier malade, dont j'ai fait l'autopsie, était âgé de 41 ans. Double hérédité nerveuse, paternelle et maternelle (névropathie, arthritisme); variole hémorrhagique en 1870; excès alcooliques et syphilis en 1874. La maladie débute, en 1885, par des douleurs, légères et passagères, dans l'épaule droite. Quelque temps après surviennent, du côté de la main droite, des phénomènes qui se rattachent à la crampe des écrivains.

En 1885, diplopie qui dure deux mois; puis, douleurs lancinantes dans la nuque, les épaules et le bras droit; enfin, dyspnée progressive. En septembre, les doigts de la main droite se paralysent successivement, en commençant par l'auriculaire; puis les éminences thénar et hypothénar s'atrophient, et cette atrophie envahit successivement l'avant-bras, l'épaule du même côté, enfin la nuque.

En février 1890, on constate une dyspnée intense aussitôt que le malade parle; les cordes vocales sont presque complètement paralysées. La tête est fléchie sur le tronc et un peu déviée à gauche; la proéminente fait une saillie considérable; la région dorsale est le siège d'une scoliose légère; la région lombaire est ensellée. Les épaules sont atrophiée surtout à droite, abaissées et écartées du corps; la partie postérieure des avant-bras est atrophiée, plus à droite. Les réflexes tendineux sont normaux. Les muscles atrophiés présentent des contractions fibrillaires et la réaction de dégénérescence. La sensisibilité est absolument conservée, les sphincters sont intacts.

A partir de ce moment, l'atrophie envahit complètement les deux membres supérieurs, le cou, le thorax; elle respecte les membres inférieurs dont les réflexes s'exagèrent. La dyspnée devient extrême; il s'y ajoute de la dysphagie; la main droite est le siège de quelques troubles trophiques (rougeur, œdème). Enfin, une broncho-pneumonie double enlève le malade le 25 avril 1891.

J'avais été assez embarrassé pour établir un diagnostic précis, mon malade ne rentrant exactement dans aucune des catégories connues; le diagnostic se posait surtout entre une polymyélite et une polynévrite; ce qui semblait le plus probable, c'est qu'il s'agissait d'un de ces cas que Duchenne a réunis sous le nom de « paralysie générale spinale subaiguë diffuse ».

L'autopsie a montré que le malade était atteint d'une *méningo-myélite vasculaire diffuse,* portant sur toute l'étendue de la moelle et sur le bulbe, mais prédominant à la région cervicale supérieure. L'atrophie des cellules ganglionnaires était énorme à cet endroit. Le faisceau pyramydal en bas, le faisceau de Goll, en haut, étaient plus altérés que les parties environnantes, ayant eu à traverser une grande étendue de tissus enflammés.

Je vous présente maintenant un malade qui offre de grandes analogies avec le précédent. Il s'agit d'un homme de 40 ans, employé de bureau. Sa mère et sa grand'mère ont eu des accidents nerveux. Syphilis en 1883. Début de la maladie actuelle en 1891, par une parésie qui envahit successivement les doigts de la main gauche en commençant par le petit doigt. Quelques temps après, atrophie des muscles de la nuque et douleurs dans cette région; enfin la main droite s'atrophie à son tour.

Le 27 février 1892, l'état du malade était le suivant : la tête retombait sur la poitrine; les mains étaient tombantes, les doigts en griffe. Les épaules commençaient à s'atrophier. Les mêmbres inférieurs étaient intacts, sauf l'exagération des réflexes rotuliens. Pas de troubles de la sensibilité.

Actuellement, il y a une certaine amélioration; pourtant on constate encore l'atrophie des mains, des avant-bras et des épaules, la dépression en coup de hache de la nuque, la saillie de la septième vertèbre cervicale, l'ensellure lombaire. Les réflexes sont redevenus normaux.

Dans la littérature, on retrouve la mention de nombreux cas semblables; pour ma

part, j'en ai publié deux autrefois dans la *Clinique médicale de la Charité* de Vulpian. J'avais bien relevé l'existence d'une syphilis probable; mais, à cette époque, l'attention n'était pas attiré comme aujourd'hui sur les méfaits de la syphilis du côté du système nerveux. Aussi le mot de syphilis ne figure-t-il pas dans les titres de ces deux observations (CXLIII et CXLVI) de la clinique de Vulpian.

Il serait assurément prématuré de tenter une théorie générale des amyotrophies, mais je désire insister, dès aujourd'hui, sur un point, c'est qu'on n'a pas suffisamment tenu compte du rôle de l'*infection*, et particulièrement de la syphilis, dans le développement de certaines formes d'amyotrophies.

L'expérimentation a déjà fourni un commencement de preuves objectives à l'appui de la théorie infectieuse (Roger, puis Gilbert et Lion). En outre, on paraît tendre actuellement à incriminer les lésions vasculaires comme cause des polymyélites antérieures, ainsi que le montre la récente communication de Goldscheider à la Société de médecine interne de Berlin.

Je n'ai entendu viser, dans cette communication, qu'une catégorie de faits. J'ai laissé de côté tout ce qui touche aux névrites périphériques pouvant être sous la dépendance de la syphilis et tout ce qui a trait aux myélites syphilitiques précoces, presque toujours curables, ainsi qu'aux myélites gommeuses.

M. Balzer demande si le traitement anti-syphilitique a donné quelques résultats.

M. Raymond : Absolument aucun ; il en avait été de même dans le premier cas ; et cependant le traitement avait été très énergique chez les deux malades. Mais il s'agissait de myélites tardives et non de myélites précoces, curables.

M. Rendu a observé un cas se rapprochant, par certains côtés, de ceux de M. Raymond. Un homme présentait, quatre ou cinq ans après le début de la syphilis, des symptômes rappelant la paralysie générale. Il y avait cependant un jetage nasal considérable qui fit penser à une méningo-myélite basilaire liée à la syphilis. Ce fut aussi l'opinion de M. Potain. On institua un traitement spécifique énergique, et, après des péripéties diverses, le malade parut complètement guéri. Or, dix-huit mois après, il revint avec de l'atrophie des avant-bras et de la nuque. Cette atrophie avait été précédée de douleurs. Enfin, le malade mourut avec des phénomènes de paralysie labio-glosso-laryngée.

Hypochondrie à forme anginophobique terminée par le suicide.

M. Huchard veut parler d'un fait qui démontre combien est important, dans quelques cas, le **diagnostic de l'angine de poitrine.**

Le 6 décembre dernier, un notaire habitant les environs d'une grande ville vint consulter M. Huchard. Ce malade avait vu quelques années auparavant son prédécesseur mourir brusquement d'une angine de poitrine, et, depuis lors, il était persuadé qu'il était atteint de la même maladie et qu'il finirait de la même manière. Parmi les médecins qu'il consulta, plusieurs lui affirmèrent qu'il s'agissait d'une fausse angine de poitrine et qu'il n'était pas gravement malade ; mais, l'un d'eux ayant porté le diagnostic d'angine de poitrine vraie, il pensa qu'on voulait le tromper et qu'il était condamné à brève échéance.

C'est dans cette disposition d'esprit qu'il vint trouver M. Huchard. Celui ne trouva absolument rien au cœur, rien à l'aorte, et les commémoratifs éloignaient toute idée d'angine de poitrine vraie.

M. Huchard comprit qu'il avait affaire à un hypocondriaque poursuivi par une idée fixe. Il lui affirma donc qu'il était atteint simplement d'une névralgie des nerfs qui entourent le cœur, lui prescrivit des douches et lui permit de fumer.

Le malade partit sans être convaincu. A peine rentré chez lui il se suicidait en se tirant un coup de revolver dans la région du cœur.

M. Huchard apprit, par la suite, que deux tantes du malade avaient été atteintes d'aliénation mentale.

Un mauvais diagnostic avait été la cause de cette *obsession anginophobique*. On ne saurait donc trop insister sur la différenciation des angines de poitrine vraies et fausses. Cette différenciation se fera facilement si l'on tient compte des trois lois suivantes :

1° Toute angine de poitrine dont l'accès est produit par un effort quelconque est une angine vraie ;

2° Toute angine de poitrine dont les accès se produisent spontanément est une angine fausse ;

3° Lorsqu'un malade, ayant des crises provoquées par l'effort, en a de spontanées pendant la nuit, la première loi n'est pas infirmée, il s'agit d'une angine vraie.

M. Raymond : Ce n'était pas seulement le diagnostic de *fausse angine de poitrine* qu'il était utile de porter dans le cas de M. Huchard. Ce malade était tout simplement un dégénéré avec une obsession spéciale, celle de l'angine de poitrine.

M. Séglas : Les cas analogues à celui que M. Huchard vient de citer sont très fréquents ; il s'agit de *nosophobie à forme obsédante*. Ces malades changent souvent d'idée fixe. M. Séglas en a observé un qui se croyait d'abord atteint d'angine de poitrine ; quelque temps après il était poursuivi par l'idée qu'il était ataxique. Il n'est pas étonnant que ces dégénérés se croient souvent atteints d'angine de poitrine, car l'obsession quelle qu'elle soit s'accompagne toujours, au moment de la crise, d'anxiété précordiale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 février 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : Action du bacille pyocyanique sur la levure de bière. — Les courants à haute fréquence. — Le chloralose. — La peptomanie chez les scarlatineux. — Un cas d'infection pneumococcique.

MM. d'Arsonval et Charrin poursuivent leurs recherches relatives à l'*action du bacille pyocyanique sur la levure de bière*. Lorsque la quantité de bacilles ajoutée à une culture de levure est peu considérable, la fermentation peut encore se produire, mais elle fait défaut si le nombre des bacilles devient plus grand. D'autre part, MM. d'Arsonval et Charrin ont déjà pu voir que lorsque la toxine pyocyanique est ajoutée à un tube renfermant de la levure la fermentation est plus active ; cette activité de la fermentation ne dépend en rien du bacille lui-même car ce dernier la retarde.

Toutes ces recherches ont pour but d'élucider l'action des microbes sur les cellules.

— M. d'Arsonval s'occupe aussi des effets remarquables du *courant à haute fréquence*. Des courants de ce genre atteignant l'intensité de 1 amp. peuvent traverser le corps sans causer d'accident d'aucun genre.

— Dans une précédente séance, M. Rayer, se basant sur un total de douze analyses a rejeté la formule chimique que MM. Gille de la Tourette et Cathelineau ont établie pour l'attaque d'hystérie. Les résultats de M. Rayer sont discutables, car il a opéré sur des aliénés.

— M. Richet poursuit ses travaux sur le *chloralose*. Il a vu que, chez le chien, la dose toxique par kilogramme était de 0,60 lorsque l'on employait l'injection stomacale et de

0,12 si le composé était introduit sous la peau; le chat est beaucoup plus sensible au chloralose que le chien. Il n'y a pas à craindre d'accumulation.

M. Féré a expérimenté le chloralose dans l'hystérie et n'a pas vu se produire d'accidents et M. Magnon s'en est bien trouvé chez des maniaques.

— M. Arslon a étudié la *peptonurie* qui existe parfois chez les scarlatineux. Cette peptonurie est d'un mauvais pronostic, n'a pas de rapport avec l'albuminurie, les variations de pouls et de la température et se produit surtout lors des complications.

— M. Mathias Duval lit une note de M. Durand relative aux muscles de l'iris. Chez les oiseaux, il y a une dilatation de la pupille développée en deux plans. Mais M. Durand, confirmant les recherches de M. Chauveau, a constaté que la dilatation manquait chez les mammifères.

M. Lelarge lit une note sur un cas d'*infection lente* due au pneumocoque. La maladie eut un début lent et insidieux caractérisé surtout par un affaiblissement progressif, conduisant peu à peu la malade à un état cachectique. Bientôt se montrèrent un point de côté, de l'anorexie, et enfin des douleurs épigastriques très intenses ; la température oscillait entre 36 et 36°7. Dans le service de M. Jaccoud, où la malade était soignée, on pensa à un cancer viscéral. Au cœur, on constata l'existence d'un rétrécissement aortique avec insuffisance mitrale et insuffisance tricuspidienne. L'asystolie devint rapidement évidente et s'accompagna d'une dyspnée intense et d'une diarrhée verte dont la coloration tenait au bacille pyocyanique. La mort survint et à l'autopsie on trouva des végétations remplies de pneumocoques sur les valvules mitrales et aortiques; l'insuffisance tricuspide s'était produite par dilatation. Toutes les séreuses renfermaient un épanchement assez abondant avec fausses membranes; dans ces dernières se trouvait encore le pneumocoque qui avait infecté tout l'organisme et se montra très irritant pour les souris.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

MÉDECINE

Les injections de gaiacol dans les affections pulmonaires, par le professeur Peter.

(*France médicale*, 6 janvier 1893.)

Partant de ce principe que, ne pouvant guérir le phthisique, il faut l'aider à survivre à ses lésions, l'auteur, outre une hygiène appropriée, conseille les révulsifs et une médication capable de ménager l'estomac qui est « la sauvegarde du phthisique ». Les injections hypodermiques de gaïacol présentent à ce point de vue une réelle valeur. Le savant médecin de Necker a modifié un peu la formule de Picot et injecte par seringue et par jour environ 50 centigrammes de gaïacol. Sur vingt malades traités, il y a eu quatre améliorations, trois morts, deux hémoptysies et un cas de décès par embolie graisseuse.

Le gaïacol agit en s'éliminant par les voies aériennes et en produisant une action substitutive sur le poumon.

Ce médicament sera également prescrit avec avantage dans d'autres affections pulmonaires (dilatation des bronches, bronchite chronique, gangrène curable des bronches).

La congestion utérine dans les maladies du cœur, par M. le professeur Cornil.

(*Journal des connaissances médicales*, 5 janvier 1893.)

L'auteur a observé neuf fois sur dix environ de la congestion utérine, à l'autopsie de femmes mortes de maladies de cœur et particulièrement d'affections mitrales. Ces faits ont été notés, en dehors des époques menstruelles, chez des femmes réglées et chez des femmes arrivées à la ménopause.

La cavité interne de l'utérus est recouverte d'un mucus sanguinolent aussi bien dans le col que dans le corps. La muqueuse elle-même, sous ce mucus, est rouge et infiltrée de liquide sanguin. Ce sont surtout les cornes utérines et le segment supérieur du corps utérin qui sont les points les plus congestionnés.

A côté de ces lésions récentes, on constate souvent des traces de métrite ancienne (œufs de Naboth, bourgeons fibro-vasculaires, etc.).

L'examen histologique révèle un épaississement notable de la muqueuse, une dilatation des vaisseaux sanguins avec diapédèse des hématies dans le tissu conjonctif peri-vasculaire.

Les glandes de la muqueuse sont tantôt normales, tantôt atrophiées, tantôt allongées, volumineuses (signe d'endométrite). Dans leur cavité, il existe parfois un mucus hémorrhagique. De même les œufs de Naboth, témoins d'une métrite antérieure, ont été vus par l'auteur, remplis de globules rouges.

Quant aux bourgeons fibro-vasculaires, ils présentent aussi une dilatation marquée des capillaires sans extravasation sanguine.

Du coma diabétique, par MM. Roque-Devic et Hugouneng.

(*Revue de médecine*, décembre 1892.)

A propos d'un cas type de coma diabétique observé et suivi à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, les auteurs signalent plusieurs faits intéressants.

Tout d'abord, à l'autopsie de leur malade, ils ont pu constater un certain nombre de lésions encore peu connues. En premier lieu, les poumons présentaient des altérations ressemblant à de la tuberculose : mais l'examen histologique et bactériologique leur a montré qu'il s'agissait là d'une lésion non bacillaire, d'une pseudo-tuberculose, d'une sorte de pneumonie chronique, fibreuse, ulcéreuse, déjà étudiée en Allemagne par Riegel, Marchand, Fink. Mêmes altérations dans les deux reins. De plus les épithéliums du foie, du pancréas et des reins offraient tous les signes de la nécrose de coagulation de Weigert, que les auteurs rapprochent de la lésion d'Armani-Ehrlich.

Sans nier l'importance de ces diverses altérations, MM. Roque-Devic et Hugouneng ne croient pas qu'elles puissent expliquer l'origine du coma diabétique.

Trois cents grammes de sang recueillis du vivant du malade au moyen d'une saignée et avec toutes les précautions aseptiques nécessaires, huit cents grammes d'urine excrétés par leur glycosurique, leur ont servi de base pour appuyer la théorie de l'intoxication acide du coma diabétique.

A l'aide du procédé de Drouin, ils ont constaté que l'alcanilité du sang avait diminué de moitié. En outre, le sérum de ce sang avait une toxicité énorme (4 c. c. suffirent pour tuer 1 kilog. de matière vivante); ramené expérimentalement à son alcalinité normale, il restait encore très toxique (12 c. c. tuaient 1 kilog. de matière vivante). Les médecins lyonnais pensent que cette toxicité encore très marquée du sérum ainsi modifié tenait à ce que l'acide contenu dans le sang, neutralisé en tant qu'acide, avait conservé son pouvoir toxique spécial. Mais quel était cet acide? C'est ce qu'ils ne purent

arriver à déterminer; ils constataient bien que l'acide contenu dans le sang et dans l'urine, déviait à gauche, comme l'acide oxybutyrique, le plan de polarisation de la lumière, mais ce n'était pas de l'acide oxybutyrique.

Comme conclusions pratiques de leurs recherches, les auteurs conseillent le traitement par les alcalins à haute dose et particulièrement en injections intra-veineuses.

M.-M.

DES ANÉVRYSMES DU CŒUR, par le docteur CUFFER. — *Semaine médicale*, 28 janvier 1893.

L'auteur rapporte l'intéressante observation d'un malade entré dans son service pour des accidents qu'on rattacha à de l'artério-sclérose avec néphrite interstitielle, hypertrophie et dilatation du cœur et congestion pulmonaire. Quelques heures avant la mort du malade apparurent des taches purpuriques sur les jambes, les mains et les poignets.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une dilatation anévrysmale de la pointe du cœur, développée particulièrement au niveau de la face antérieure du ventricule gauche. La poche, extrêmement mince, était occupée par un caillot fibrineux à centre ramolli, et, fait important, sa paroi interne était fermée, comme le professeur Cornil le démontra, par l'endocarde lui-même, recouvert de coagulations fibrineuses. L'anévrysme était donc, en réalité, sous-endocardique.

M. Cuffer pense, avec Hayem, Lancereaux, etc., que l'altération du myocarde est la condition nécessaire et suffisante de la production des anévrysmes sans qu'il soit besoin d'incriminer une endocardite antérieure. En effet, dans le cas présent, la coronaire droite, rétrécie par une plaque d'athérome au niveau de son orifice, avait un calibre des plus restreints et la gauche était également athéromateuse par places. Il en était résulté un foyer de dégénérescence au niveau de la pointe, lieu d'élection de la myocardite chronique. En outre, il existait une adhérence de la pointe du cœur avec le péricarde qui devait causer à chaque systole cardiaque un tiraillemeut excentrique sur le foyer en dégénérescence. Toutes ces lésions expliquent clairement le mécanisme de la production de cet anévrysme du cœur.

Quant au caillot sous-endocardique, M. Cuffer admet qu'il a dû se produire, pour lui donner naissance à un moment donné, une fissure du feuillet séreux qui s'est comblée par la suite.

Après avoir rappelé les diverses variétés d'anévrysmes du cœur et leur symptomatologie, l'auteur reprend l'étude de son malade et montre que les taches purpuriques apparues sur les membres sont dues vraisemblablement à des embolies parties du cœur gauche. Les infarctus trouvés dans le poumon provenaient sans doute d'embolies du cœur droit, ou peut-être de ruptures vasculaires produites par la congestion passive de l'organe.

L'ascite présentait des traces récentes d'aortite et des plaques d'athérome. Les reins étaient atteints de lésions de néphrite mixte avec prédominance du tissu interstitiel et des kystes.

Comme conclusion de cet examen anatomo-pathologique, l'auteur établit ainsi la filiation des accidents : néphrite primitive, puis retentissement sur le cœur, qui se laisse dilater, et production de l'anévrysme par dégénérescence du myocarde et adhérence péricardique. C'est, en un mot, « un cœur rénal qui a fini en cœur asystolique ». — M. M.

BIBLIOTHÈQUE

Traité élémentaire d'électricité médicale, par le docteur Lecercle, Georges Masson, éditeur, 1893.

L'ouvrage que nous allons analyser est un résumé des méthodes instrumentales employées en électrothérapie. Réunir en un seul faisceau homogène les notions éparses dans les traités d'électricité et dans les dictionnaires, ou publiées dans les Sociétés savantes, tel paraît avoir été le but de l'auteur. Lois fondamentales, unités de mesure sont exposées avec clarté. Cet exposé est d'ailleurs accompagné des appareils de mesure les plus récents, parmi lesquels nous avons été heureux de trouver, malgré sa nouveauté, le galvanomètre du professeur d'Arsonval, et un exposé rapide des courants sinusoïdaux.

Le docteur Lecercle, parmi les noms de quelques fabricants, oublie celui de M. Collin, et passe complètement sous silence le nom de l'auteur véritable de l'endoscopie, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui. Nous sommes convaincu qu'il suffira de signaler cette omission pour qu'elle soit aussitôt réparée.

En résumé, on trouvera, dans le livre du docteur Lecercle, les notions d'électricité qu'un médecin doit connaître. Ajoutons, avec le docteur Imbert, qui a écrit une excellente préface, qu'*en attendant qu'une installation électrothérapique hospitalière soit installée*, le travail du docteur Lecercle sera utile à connaître de ceux qui voudront se familiariser avec les pratiques électrothérapiques; il permettra, en outre, de lire avec fruit les travaux publiés de divers côtés, ainsi que le nouveau volume que l'auteur a l'intention de consacrer à l'électrothérapie proprement dite.

Manuel d'électrologie médicale, par G. Trouvé. — Octave Doin, éditeur, 1893.

Le livre que vient de publier M. Trouvé est divisé en deux parties, l'une comprenant la description des appareils que l'auteur a construits soit de sa propre initiative (M. Trouvé est un fabricant ingénieux de toutes sortes de choses), soit sur les indications de différents médecins qui s'occupent d'électrothérapie; l'autre constituant une sorte de formulaire d'électricité médicale. Nous n'insisterons pas sur cette seconde partie, un peu incomplète, et dont l'utilité ne nous semble pas tout à fait démontrée dans un livre de la nature de celui dont nous donnons un aperçu. Il n'était pas inutile, d'autre part, que M. Trouvé nous montrât, réunies en un seul recueil, les diverses instrumentations nécessaires au médecin qui s'occupe d'électrothérapie et d'électrophysiologie, et construits par lui. Cette innovation, si elle est imitée par les autres fabricants, permettra peut-être aux futurs auteurs des manuels d'électrothérapie de ne plus insister autant sur la question technique, et de s'occuper davantage de la question purement médicale. Nous avouons, cependant, que nous aurions désiré voir traiter certaines questions, encore d'actualité, un peu plus largement; ainsi, pour l'endoscopie, M. Trouvé est vraiment un peu en retard. Ces réserves faites, nous ne pouvons que féliciter M. Trouvé d'avoir édifié un travail aussi important. On y trouvera des renseignements utiles.

Des kystes du mésentère, par Jules Braquehaye, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, interne des hôpitaux de Paris. (*Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1892.)

Les kystes du mésentère comprennent : 1° des kystes sanguins; 2° des kystes lymphatiques; 3° des kystes parasitaires; 4° des kystes congénitaux; 5° des kystes d'organes voisins contenus secondairement dans le repli péritonéal. Les kystes séreux des auteurs

sont presque tous des kystes sanguins ou lymphatiques modifiés, ou bien encore de kystes hydatiques sans parasites ou des kystes du dernier groupe.

Ils sont moins rares qu'on ne l'a dit jusqu'ici et leurs meilleurs signes sont donnés par la percussion (zone sonore en avant, au-dessous et au-dessus de la tumeur). Si leur évolution est le plus souvent lente, elle peut quelquefois simuler les accidents les plus aigus de l'étranglement interne. Cette forme est plus fréquente avec les kystes hydatiques, ce qui semble dû au siège de ceux-ci, près du bord intestinal du mésentère.

Le diagnostic est facile lorsque tous les signes des kystes du mésentère se trouvent réunis, et c'est l'exception. Dans quelques cas, le diagnostic est presque impossible Aussi les a-t-on confondus avec des tumeurs de la rate, du pancréas, de l'utérus, de l'ovaire, du parovaire, de l'ouraque, du rein, des parois, avec la péritonite enkystée, ou encore avec des tumeurs solides, surtout les lipomes et les myxosarcomes du mésentère.

Le traitement comprend trois méthodes. D'abord, la ponction avec ou sans injections modificatrices. Non seulement elle expose presque fatalement à la récidive, mais encore elle n'est pas exempte de dangers (perforation d'une anse intestinale aplatie, non décelable à la percussion, perforation d'un vaisseau quelquefois volumineux de la paroi du kyste, etc.).

La marsupialisation est le procédé de choix. Elle donne 93 p. 100 de guérison. Elle peut se faire avec ou sans résection partielle de la poche, selon qu'elle est plus ou moins adhérente. Le seul reproche que l'on puisse faire à cette méthode est la lenteur de la guérison. En outre, elle a donné lieu à une chylorrhagie assez inquiétante, à l'intoxication par les pansements bourrant la cavité kystique, à la hernie de l'intestin par la plaie, à l'étranglement de l'intestin sur une bride cicatricielle, à l'éventration.

L'extirpation est plus tentante, mais aussi plus dangereuse. Elle ne donne que 60 p. 100 de guérison. Elle a donné lieu, en effet, à la syncope pendant qu'on tiraillait sur le pédicule, à un shock opératoire presque toujours très grand, au sphacèle de la zone intestinale correspondante à la section du mésentère, à une hémorrhagie mortelle par le pédicule, à l'occlusion intestinale; enfin, à des accidents cholériformes (diarrhée, vomissements, cyanose) dus à l'excitation du plexus soiaire. L'extirpation ne serait donc applicable qu'à certains kystes peu volumineux non adhérents et pédiculés.

COURRIER

— L'Université de Durham vient de créer les titres de bachelier et de docteur ès sciences hygiéniques.

— M. Terrier est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

— La chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Bordeaux est transformée en chaire de clinique des maladies chirurgicales des enfants.

M. Piéchaud, agrégé, est nommé professeur de cette clinique.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (149, rue de Sèvres). — *Chirurgie infantile. Orthopédie.* — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques le 16 février à neuf heures et les continuera les jeudis suivants.

Ces leçons seront exclusivement consacrées à la thérapeutique des affections chirurgicales de l'enfance.

Hôpital Saint-Louis. — C'est demain 8 février que M. le docteur Richelot commencera ses leçons cliniques. Il les continuera les mercredis suivants à neuf heures et demie.

L'Hôpital Boucicaut. — On sait qu'un concours a été ouvert entre les architectes de France pour la construction de l'*hôpital Boucicaut*. Le mardi 31 janvier, jour fixé dans le programme pour le dépôt des projets, 43 concurrents se sont présentés à l'administration de l'Assistance publique.

Le mercredi 1er février, ces concurrents se sont réunis dans le grand amphithéâtre de l'administration et ont procédé à l'élection des membres du jury dont le choix leur est attribué.

Le jury se trouve donc ainsi constitué : MM. Strauss, Faillet, Cattiaux, Chauvière, Thuillier, membres du Conseil municipal.

Gérin-Roze et Paul Berger, membres du corps médical des hôpitaux; E. Ferry, Risler, membres du conseil de surveillance.

Vaudremer, Daumet, Pascal, architectes, élus par les concurrents; Huet, directeur des travaux de Paris.

Gatine, exécuteur testamentaire de Mme Boucicaut.

Peyron, directeur de l'Assistance publique.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Mathis; 3. Duchateau; 4. Bertrand; 5. Geoffroy; 6. Dupont; 7. Laugier; 8. de Fornel; 9. Talairach. *Médecins principaux :* MM. 1. Miquel; 2. Maget; 3. Léon; 4. Vantalon; 5. Ortal; 6. Pascalis; 7. Drago; 8. Canoville; 9. Siciliano ; 10. Ed. Roux; 11. Riche. *Médecins de 2e classe :* MM. 1. Castex; 2. Briend; 3. Onimus; 4. Fossart; 5. Prat-Flottes; 6. Garnier; 7. Renault; 8. Cairon; 9. Palasne de Champeaux; 10. Conan; 11. Vergues; 12. Doublet; 13. Bonain; 14. Chevalier; 15. Martel; 16. Bossuet.

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe : 1. Tréguier; 2. Castagné; 3. Plouzané; 4. Daliot; 5. Clavel. MM. les médecins de 2e classe : 1. Salaun; 2. Le Marchadour; 3. Berriat; 4. Lorin; 5. Bonnefoy; 6. Duguet; 7. de Moutard.

Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

MM. Brugère et Poumayrac, élèves du service de santé de la marine, docteurs en médecine, sont nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe.

MM. J.-E. Lairac, J.-J.-E. Mesny, E.-E.-M. Jourdran, M.-F.-E.-N. Hernandez et J.-R. Carbonel, élèves du service de santé, ont été reçus docteurs en médecine par la Faculté de Bordeaux et proposés pour l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe.

M. le médecin de 1re classe Lussaud est destiné à l'*Indomptable* dans l'escadre de réserve de la Méditerranée, à Toulon.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

Prophylaxie et traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

Par M. le docteur Valude.

Messieurs,

L'ophtalmie purulente est, encore à l'heure actuelle, la cause qui, à elle seule, fournit la plus grande partie des aveugles qui encombrent les hospices ou les asiles spéciaux, ou encore qui subsistent à la charge des Bureaux de bienfaisance. En France, où i-existe environ 38,000 aveugles, on en compte 13,000 à peu près qui relèvent de l'ophtall mie purulente. Et nous ne pouvons compter le nombre bien plus élevé encore des borgnes qui ne demandent aucune assistance!

Le total des victimes de l'ophtalmie purulente est donc formidable, et si l'on songe que peu d'affections sont plus justiciables d'un traitement convenablement dirigé, on comprendra quelle importance on peut attacher à la connaissance du traitement de cette affection, et surtout à celle de sa prophylaxie.

La lutte contre une telle affection est plus qu'une question d'assistance publique, c'est une œuvre nationate.

Et d'abord, pour la combattre, voyons les conditions dans lesquelles elle prend naissance.

La cause de l'ophtalmie des nouveau-nés réside, dans l'immense majorité des cas, dans l'infection produite par la sécrétion vaginale de la mère et, dans quelques cas, dans la contagion d'un nourrisson par d'autres; le plus souvent, par le fait des doigts des nourrices, ainsi qu'il arrive dans les maternités.

Parfois, aussi, l'ophtalmie des nouveau-nés s'observe en coïncidence avec divers accidents suppuratifs ou infectieux survenus dans l'entourage du nourrisson. Ainsi, on l'observe en même temps que des crevasses ou qu'un abcès du sein chez la mère. Dans ce cas, l'ophtalmie dévie du type classique ou n'apparaît pas, régulièrement, au troisième jour de la naissance, à moins d'un hasard.

Disons que la cause contre laquelle il importe de se prémunir est, avant tout et surtout, l'infection au moment de la naissance par le fait du passage de l'enfant dans le trajet infecté de la mère. L'infection se fait aussitôt après l'accouchement. L'enfant qui traverse le conduit vaginal les yeux fermés emporte dans ses cils la matière infectieuse qui s'introduit entre ses paupières dès qu'il les ouvre. A la rigueur, ou à la faveur d'un travail long et pénible, les yeux peuvent s'infecter au passage même.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de savoir surtout, c'est que l'ophtalmie des nouveau-nés, *même dans sa forme la plus grave*, peut être aussi bien produite par une leucorrhée simple, — si fréquente chez les femmes et presque constante chez les femmes

en couches, — que par un catarrhe vaginal virulent, blennorrhagique, au sens propre du mot.

De là, la nécessité d'appliquer la méthode prophylactique de l'ophthalmie purulente à toutes les femmes, même non suspectes, et à tous les enfants, surtout dans les maternités ou hôpitaux. Personne, du reste, ne peut nier l'importance de ces mesures prophylactiques, et les statistiques en donnent les preuves les plus convaincantes.

Avant l'inauguration de ces mesures, la proportion des ophtalmies atteignait 10, 12, et même 15 p. 100, et, depuis lors, elle a pu tomber à 2, 1, et même 0,5 p. 100. Et ces chiffres sont relevés, non sur une faible série d'accouchements, mais sur un nombre de plusieurs milliers, par Olshausen, Crédé, Kœnigstein.

Actuellement, le traitement prophylactique le plus communément employé consiste en ceci :

1° Désinfecter le vagin de la mère par des irrigations répétées au sublimé ou au permanganate de potasse;

2° Aussitôt après la naissance, *avant la section du cordon*, essuyer les yeux de l'enfant avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'eau boriquée ou de sublimé, puis, dans ses paupières entr'ouvertes, laisser tomber une goutte de solution à 2 p. 100 de nitrate d'argent. C'est la méthode de Crédé.

Nous avons trouvé que l'instillation du nitrate d'argent n'allait pas sans quelques inconvénients. D'abord cette instillation est suivie d'une réaction conjonctivale qui peut faire croire à l'envahissement de l'ophtalmie; on a même dit, mais je ne n'y crois cependant pas, qu'elle pouvait la favoriser. Puis la solution d'argent, même conservée en des flacons noirs, s'altère et perd de sa régularité d'action, toujours au bout d'un certain temps. Enfin, il peut y avoir erreur de flacon, chez les sages-femmes ou dans les maternités ; cela s'est vu.

J'ai essayé depuis deux ans, dans les services de MM. Tarnier et Bar et avec leur aimable autorisation, l'insufflation de la poudre d'iodoforme, qui m'a donné des résultats au moins aussi beaux que ceux obtenus avec la méthode de Crédé et avec les inconvénients signalés ci-dessus en moins. Nous exécutons après le lavage des yeux de l'enfant, toujours avant la section du cordon, une insufflation de poudre d'iodoforme finement porphyrisée. Une seule suffit. Cette pratique n'entraîne pas avec elle la réaction du nitrate d'argent ; elle est aisée à pratiquer et la matière médicamenteuse est inaltérable autant que facile à reconnaître. L'avantage de cette méthode prophylactique réside principalement dans ce fait que l'asepsie des culs-de-sacs conjonctivaux se prolonge pendant quelques jours, car durant tout ce temps on retrouve de l'odioforme dans les plis de la conjonctive. C'est probablement grâce à la permanence de l'agent antiseptique qu'est due cette circonstance que les ophtalmies qui surviennent malgré cette précaution ont toutes un caractère très atténué. Depuis deux ans, dans le service du docteur Tarnier, nous n'avons pas observé un seul cas grave d'ophtalmie ce qui se voit cependant quelquefois avec la méthode de Crédé.

Si l'on se trouve dépourvu d'iodoforme ou de solution de nitrate d'argent, on peut employer à leur défaut, comme le fait M. le docteur Pinard avec un bon succès, l'instillation d'une goutte de jus de citron.

Un lavage consciencieux à l'acide borique, mais mieux au sublimé, est déjà une très bonne précaution.

Mais il ne s'agit pas seulement de fixer une méthode de prophylaxie, il faut en assurer la vulgarisation par l'intermédiaire des deux catégories d'individus qui entourent constamment les nouveau-nés, la sage-femme et les parents.

Nous voudrions que les sages-femmes eussent *l'obligation* de faire la déclaration des

ophtalmies qui naîtraient entre leurs mains. L'expérience de chaque jour apprend, en effet, que les sages-femmes détournent les parents d'appeler le médecin plutôt que de les y engager, et les enfants nous sont apportés au huitième ou au dixième jour de l'ophtalmie et aveugles. Une loi en ce sens ne diminuerait pas les ophtalmies, mais elle diminuerait les cécités qui en sont la conséquence.

L'expérience, du reste, a été faite et en Autriche et en Suisse, où règne cette obligation, la proportion des aveugles par ophtalmie purulente a diminué notablement dans les asiles.

Enfin, les parents eux-mêmes devraient être avertis de la gravité de l'ophtalmie des nouveau-nés et de la nécessité d'en confier le traitement à un médecin. C'est peut-être en Suède qu'existe la plus faible proportion d'ophtalmies des nouveau-nés (0,32 p. 100), et ceci serait dû, d'après Widmark, à ce qu'il existe un almanach lu par tout le monde où il est traité longuement des dangers de l'ophtalmie et des mesures à prendre pour l'éviter lorsqu'elle se déclare.

En France, on pourrait joindre à l'instruction remise à la mairie, lors de la déclaration de l'enfant, et qui traite des soins généraux à donner au nouveau-né, une seconde instruction relative à l'ophtalmie.

Et si l'on songe qu'en France, l'Assistance publique distribue annuellement 1,500,000 fr. environ aux aveugles indigents, on reconnaîtra qu'une réforme tendant à en diminuer le nombre serait non seulement humanitaire, mais encore avantageuse au point de vue de la prospérité publique; mais nous supposons maintenant que, malgré la prophylaxie, ou encore en l'absence de celle-ci, une ophtalmie se déclare, l'ophtalmie classique qui débute au troisième jour de la naissance.

Tout d'abord, les paupières, surtout la supérieure, deviennent roses et gonflées, plus ou moins. La conjonctive, lorsqu'on parvient à retourner les paupières, est d'un rouge sombre, pas encore très gonflée. Il n'existe pas encore de sécrétion purulente, mais du liquide transparent, citrin ou jaune foncé, s'échappe abondamment lorsqu'on entr'ouvre les paupières. Cette première phase de la maladie se prolonge pendant trente-six à quarante-huit heures pendant lesquelles le gonflement des paupières peut acquérir des proportions énormes.

A cette période, suivant la pratique de Horner, on peut éviter les cautérisations et se borner aux irrigations antiseptiques et aux applications glacées de compresses boriquées. Si le gonflement palpébral est très accentué, au sublimé et à l'acide borique nous substituons la solution de naphtol (alpha) à 1/5000, qui a pour propriété de faire tomber le gonflement.

Dans la période d'état, l'œdème palpébral diminue un peu et la sécrétion jaune, qui d'abord se trouble, est bientôt remplacée par un pus épais, crémeux, de couleur jaune verdâtre absolument semblable à celui de la blennorrhagie aiguë. L'abondance de la suppuration est telle, à cette période, que les lavages, même fréquents, sont insuffisants à tenir les culs-de-sac nets même pendant quelques minutes. C'est à ce moment que la conjonctive présente son plus haut degré de gonflement et même de chémosis, parfois très considérable; c'est à ce moment aussi qu'il faut exercer sur les cornées une surveillance attentive et quotidienne. On s'aidera, pour chaque examen, de petits écarteurs qui permettront d'explorer la surface cornéenne et de percevoir le début des ulcérations centrales aussi bien que de celles, plus difficiles à voir, qui se forment à la périphérie.

La durée de la période purulente de l'ophtalmie varie suivant le traitement employé, l'état de la cornée, l'état général de l'enfant.

Avec cette période commence le traitement actif, et on pourrait dire mathématique, de l'ophtalmie des nouveau-nés.

Deux fois, dans les vingt-quatre heures, les paupières seront retournées et la muqueuse touchée, jusqu'au fond des culs-de-sac, avec un pinceau volumineux trempé dans une solution de nitrate d'argent à 3 p. 100. Après la cautérisation, la neutralisation immédiate à l'eau salée est nécessaire. Pour exécuter la manœuvre de la cautérisation, l'enfant est tenu par un aide et le médecin lui tient la tête entre les genoux. Lui-même attire et renverse la paupière supérieure pendant que l'aide en fait autant à la paupière inférieure.

Dans l'intervalle des cautérisations, et pour éviter la stagnation du pus, de larges irrigations antiseptiques seront pratiquées avec une seringue ou un appareil laveur. On emploiera le sublimé à 1/10,000 ou l'acide borique, ou le naphtol. Ce qui fait encore le mieux, parce que la substance employée a une action favorable sur la suppuration, qu'elle diminue, c'est une simple décoction de pavot ou, si l'on veut, l'eau thébaïsée suivante :

Eau stérilisée.........................	1000 grammes.
Extrait thébaïque	0 gr. 10 centigr.

C'est là une pratique que m'a enseignée M. le professeur Tarnier et qui, dans son service, a réussi mieux que toute autre.

Si le chémosis n'est pas trop accentué, on pratiquera quelques scarifications à l'aide de ciseaux pointus.

L'existence d'ulcérations cornéennes, si graves qu'elles soient, ne doit pas faire suspendre la cautérisation, si la suppuration est abondante, mais on devra redoubler de soins pour éviter de toucher la cornée; de plus, on pansera l'ulcère cornéen par une application de pommade iodoformée à 1/2 p. 100 qui nous a donné les meilleurs résultats.

Quand la suppuration a diminué et que les paupières ont perdu la plus grande partie de leur gonflement, on descend le titre de la solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 et ensuite à 1 p. 100. Les irrigations seront continuées jusqu'à la fin du traitement.

Il n'est pas rare, surtout s'il s'est produit des lésions cornéennes, de voir, à la suite de la phase précédente, s'installer un état chronique dans lequel la production de la suppuration continue à se faire, pas très abondante, mais constante. Les paupières ne sont pas notablement gonflées, mais la conjonctive est tuméfiée, et surtout tomenteuse, avec d'énormes sillons et des villosités constituant de véritables granulations. Ces formations sont surtout prédominantes dans le cul-de-sac conjonctival inférieur. Cet état de choses se prolonge souvent un temps excessivement long, et le nitrate d'argent ni le sulfate de zinc ne semblent plus avoir d'action favorable. En semblable circonstance, ce qui nous a le mieux réussi, ce sont les cautérisations quotidiennes, ou répétées tous les deux jours, avec un cristal pur d'alun.

Dans une prochaine conférence, nous nous occuperons des variétés secondaires des ophtalmies du nouveau-né.

REVUE DE L'HYGIENE

Revaccination générale à la Maison municipale de Nanterre. — La Maison de Nanterre est, comme on le sait, un établissement mixte, moitié prison et moitié dépôt de mendicité. La ville de Paris n'a rien épargné pour en faire un modèle de confortable et de salubrité. Les exigences les plus coûteuses de l'hygiène y ont été satisfaites ;

on y a dépensé douze millions; mais, en dépit de ces sacrifices, cette agglomération de près de 4,000 personnes est exposée aux épidémies.

Si ce n'est pas là que le choléra a éclaté l'an dernier, il s'en est fallu de bien peu, et c'est là qu'il a fait le plus de victimes. Au mois de décembre dernier, la variole s'y est déclarée. Trois cas, dont un très rapidement mortel, y sont survenus à quelques jours d'intervalle. La préfecture de police, alors, sans perdre un instant, a fait revacciner tout le personnel de l'établissement, et l'épidémie a été étouffée dans son germe. C'est un exemple de plus des effets salutaires de la revaccination générale en temps d'épidémie.

On a fait de même en 1872 dans la Maison de la Légion d'honneur de Saint-Denis, et, depuis lors, on n'a pas constaté un cas de variole à l'intérieur de l'établissement. (*Bulletin municipal et officiel de la ville de Paris*, numéro du 3 février 1893.)

Cuisson des viandes suspectes à l'aide de la vapeur surchauffée. — Les viandes provenant d'animaux morts de maladies contagieuses ne peuvent pas être livrées à la consommation; elles sont détruites aux frais du propriétaire, conformément à l'article 5 de l'ordonnance du 13 octobre 1879, ou envoyées au Jardin des Plantes pour la nourriture des animaux carnassiers. Cependant, pour les viandes provenant d'animaux tuberculeux, elles ne sont exclues de la consommation que lorsque les lésions sont généralisées ou qu'elles ont envahi la plus grande partie d'un viscère important (art. 3 de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888). Malgré cette restriction, la quantité de viande saisie et condamnée par le service de l'inspection est considérable; elle constitue une perte sèche pour les éleveurs et pour l'Etat, et réduit, dans une proportion très fâcheuse, la quantité de nourriture animale dont on dispose dans notre pays qui, comme on le sait, n'en consomme pas assez.

La France n'a à sa disposition que 1 milliard 300 millions de kilogrammes de viande de boucherie par an, soit 34 kil. 754 gr. par tête ou 95 grammes par jour et par habitant. En Angleterre, on en a 82 kilogrammes par an et par tête, soit 224 grammes par jour, c'est-à-dire quatre fois plus que chez nous. Il y aurait donc le plus grand intérêt à pouvoir consommer sans danger la viande qui n'est que suspecte. M. Decroix, le courageux vétérinaire que tout le monde connaît à Paris, soutient, après en avoir fait l'expérience sur lui-même, qu'on peut manger la chair de tous les animaux morts de quelque maladie que ce soit, à la condition de la faire cuire; mais les recherches de la bactériologie ont montré que les microbes ont la vie dure, qu'il faut une température d'au moins 100 degrés pour les détruire, et que, dans les grandes pièces de viande soumises à l'ébullition, la température ne s'élève pas au-dessus de 70 degrés, dans les parties centrales, même après plusieurs heures de cuisson.

Il paraît qu'on a trouvé, en Allemagne, le moyen d'élever, à la température nécessaire pour détruire tous les germes, les parties centrales des viandes suspectes, en les soumettant à la vapeur sous pression dans des appareils spéciaux. Les ingénieurs Becker et Ulmann ont inventé, pour cela, des chaudières qui fonctionnent déjà dans bon nombre de grands établissements allemands, tels que casernes, hôpitaux. Elles ont 4^{m}35 de long sur 1^{m}80 de largeur et 1 mètre de haut. Les cases intérieures possèdent une double paroi et l'enveloppe est en matériaux mauvais conducteurs du calorique. On place, dans ces cadres, des chaudrons munis de couvercles fermant hermétiquement; la vapeur arrive dans chacun de ces récipients par une ouverture percée dans sa paroi et pénètre la viande qui y est contenue.

Après deux heures de séjour dans l'appareil, des quartiers de viande épais de 6 à 12 centimètres sont cuits jusqu'au centre. Dans ces derniers, la température centrale s'élève jusqu'à 90 degrés. La chair demeure tendre, appétissante, conserve son bon goût et

possède une valeur nutritive supérieure à celle de la viande qui a bouilli de longues heures par le procédé habituel. En deux heures, dans l'appareil Becker-Ulmann, les germes pathogènes et le parasite de la ladrerie sont tués d'une manière certaine.

Cette application de la vapeur sous pression n'a rien que de rationnel, et l'appareil des ingénieurs allemands pourra rendre de très grands services en France, en permettant de stériliser et de consommer sans inconvénient les viandes suspectes qu'on détruit chaque jour dans nos abattoirs. (H. Lavrand, *Journal des Sciences médicales de Lille*, n° 1, 6 janvier 1893.)

Empoisonnements par des substances alimentaires altérées. — Dans la *Semaine médicale* du 1er janvier 1893, M. van Ermengen rend compte d'un fait d'empoisonnement collectif assez curieux. A Moorseb, en Belgique, 80 personnes ont été très malades et 4 ont succombé après avoir mangé de la viande provenant de deux jeunes veaux qui étaient morts chez l'éleveur et avaient été débités clandestinement. M. van Ermengen a trouvé, dans la moelle de l'un de ces veaux, le bacille de la pneumo-entérite des animaux. Le microbe de cette maladie, dit-il, est souvent la cause du choléra nostras chez l'homme à la suite d'ingestion de boudins ou de saucisses avariés. Dans le cas actuel, la viande avait été bouillie; ce ne sont donc pas les bacilles toxiques qui ont causé les accidents, mais les ptomaïnes, produits de leur sécrétion.

Le docteur Edm. Gwynn rend compte, dans le *British med. Journal* du 3 décembre 1892, de l'empoisonnement de toute une famille par une conserve de langue de bœuf.

Les accidents furent ceux qui se produisent en pareil cas : vomissements, diarrhée, refroidissement, collapsus, syncope; mais aucun des cas ne fut suivi de mort. Le docteur Gwynn, en examinant la conserve qui avait causé cet empoisonnement multiple, la trouva molle, humide, foncée en couleur et de consistance pultacée par places. La fibre musculaire, examinée au microscope, fut trouvée altérée. La chair était saturée de sels de fer provenant de la boîte de fer-blanc, mais on ne trouva pas d'élément toxique particulier.

Le même recueil a relaté l'observation d'un empoisonnement causé, chez un homme de 21 ans, par l'ingestion de six sardines provenant d'une boîte de conserves qu'on venait d'ouvrir. Il les avait mangées à son déjeuner et il fut pris, dans la journée, de vomissements suivis d'un abattement général qui s'aggrava rapidement, et la mort eut lieu pendant la nuit. La décomposition fut rapide et, à l'autopsie, on trouva le foie emphysémateux, crépitant, friable; il y avait aussi de l'emphysème de la face, du tissu cellulaire sous-cutané et de tout le système musculaire. La boîte n'avait aucune mauvaise odeur et les sardines ne contenaient pas de bactéries. On en fit manger à des souris et à des rats, qui moururent aussi vite qu'après l'inoculation de liquides charbonneux. L'injection hypodermique du contenu de l'estomac du cadavre détermina tout aussi rapidement la mort chez des animaux de la même espèce, et de l'eau dans laquelle on avait fait macérer des débris de son foie, injectée à des cobayes, les fit périr en quelques heures. Il en fut de même de la sérosité du tissu cellulaire et des organes emphysémateux très riches en bactéries. (Dr Th. Stevenson, *British medical Journal*, 17 décembre 1892.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE

M. ROCHARD remet à l'Académie, de la part de M. le docteur Jeannel, ancien membre du Conseil de santé des armées, président de la Société des Amis des arbres, un travail intitulé :

Le reboisement et l'hygiène publique.

C'est le second mémoire sur le même sujet que M. Rochard offre à l'Académie de la part de M. Jeannel.

Cette fois, les résultats signalés sont encore plus intéressants que la première. La destruction des arbres continue partout et amène partout la même conséquence, la diminution croissante du chiffre des habitants.

L'auteur, en partant du dénombrement de 1891, montre que la diminution dans le chiffre de la population, autrement dit que l'excédant des décès sur les naissances est le fait des trente départements qui se déboisent et auxquels s'appliquent les prescriptions de la loi du 4 avril 1882.

Il montre combien l'application de cette loi est stérile par suite de l'insuffisance des crédits alloués, et il fait appel au concours que l'initiative privée peut apporter à l'œuvre qu'il a instituée sous le nom de Société des Amis des arbres, et dont il est le président.

M. Rochard prie l'Académie de vouloir bien adresser des remerciements à M. Jeannel pour son important travail.

Traitement de l'éclampsie.

M. JACCOUD expose le traitement qu'il préconise contre l'albuminurie de la grossesse. Ainsi que MM. Tarnier et Pinard l'ont dit, il y a longtemps qu'il emploie le régime lacté pour traiter l'albuminurie de la grossesse et prévenir l'apparition de l'urémie. Ce régime est à la fois le meilleur traitement préventif et le meilleur traitement curateur, à condition que le péril ne soit pas imminent. En cas d'urgence, on doit recourir à la saignée générale et aux drastiques.

Dès que l'on constate l'existence de l'albuminurie chez une femme enceinte, il faut prescrire le régime lacté exclusif et le maintenir jusqu'après l'accouchement. Si, sous l'influence de ce traitement, l'albuminurie vient à disparaître, il faut, cependant, le continuer, car cette albuminurie n'est pas le danger, mais le signal du danger, qui consiste dans une intoxication par insuffisance rénale. Le signal peut disparaître, mais le danger existe toujours.

Chez toute femme enceinte, on doit faire l'analyse complète de l'urine des vingt-quatre heures et la répéter toutes les semaines ; il faut absolument être fixé sur la manière dont s'effectue la dépuration organique, afin de pouvoir connaître les chances de la femme au point de vue de l'intoxication.

Depuis 1880, M. Jaccoud emploie systématiquement les inhalations d'oxygène et règle la quantité de gaz qu'il fait respirer aux malades d'après le chiffre de la dépuration urinaire. S'il n'y a d'autre altération notable que la présence d'une petite quantité d'albumine, il en donne 30 litres par 24 heures. Si le chiffre de la dépuration organique s'abaisse au-dessous de la moyenne physiologique, M. Jaccoud double ou triple la dose.

Le traitement tout entier a pour but : 1° d'éliminer les poisons; 2° de détruire ces poisons dans le sang; 3° de rétablir la perméabilité rénale.

M. Jaccoud insiste beaucoup sur l'importance qu'il y a à soustraire la femme enceinte albuminurique à l'impression du froid. En effet, s'il survient un refroidissement, les reins sont touchés de par la prédisposition due à la stase veineuse qui y existe et des accidents formidables éclatent. Dans ce cas, c'est à la saignée générale qu'il faut avoir recours.

M. Jaccoud conseille l'usage méthodique du lait à toutes les femmes enceintes afin de prévenir l'albuminurie; il en donne 1 litre 1/2 par 24 heures jusqu'à la fin du sixième mois et 2 litres ensuite. Après la parturition, on revient graduellement au régime normal. On peut éviter ainsi, même dans des cas défavorables, l'apparition de l'albumine.

Le choléra en 1892.

M. Proust distingue, dans le choléra de 1892, deux courants différents

L'un, né le 4 avril dans la banlieue de Paris, a mis trois mois à gagner cette ville et a rayonné dans diverses parties de la France, surtout au Nord et à l'Ouest. C'est de ce courant que dépendent le plus grand nombre des cas de la Belgique et peut-être quelques-uns de ceux des Pays-Bas.

L'autre, venant du Turkestan, se montra à Bakou le 4 juin, et, avec une rapidité foudroyante, envahit la Transcaucasie, le sud de la Russie et poussa plusieurs expansions dont celle de Hambourg a été la plus redoutable. Il semble avoir été la cause des manifestations observées en Allemagne, en Angleterre, en Norwège, en Danemark, en Italie et en Hollande.

Aujourd'hui tous les foyers, sans être absolument éteints, subissent les effets des froids rigoureux; mais il sera intéressant, au printemps et pendant l'été, si des foyers viennent à renaître, de constater celle des deux épidémies qui donnera lieu aux réveils les plus fréquents et les plus graves.

Le choléra de Bakou présente tous les caractères du choléra d'importation, celui de la banlieue parisienne les caractères du choléra de reviviscence.

Choléra de Russie. Son origine. — A la fin de 1881, au mois de décembre, on signalait le choléra à Djellalabad, près de Caboul.

La maladie gagna Hérat le 22 février 1892. Les habitants s'enfuirent et disséminèrent le choléra qui, le 4 juin, était à Bakou.

Afghanistan. — L'épidémie de l'Afghanistan venait de l'Inde, et a mis près de six mois pour, des bords de l'Inde, arriver à la mer Caspienne. Elle a d'abord marché lentement, puis très rapidement, le choléra ayant alors pour véhicule le chemin de fer transcaspien et les bateaux à vapeur de la mer Caspienne.

Le choléra s'est déclaré à Bakou le 4 juin et, dès le début, la panique a été générale. La ville est alimentée avec de l'eau de puits appartenant à des particuliers, et les règles de l'hygiène y sont absolument inconnues. La mortalité a été excessive; 10,000 décès au moins sur une population de 115,000 à 120,000 habitants, réduite des 5/6e par l'émigration qui a propagé la maladie.

De Bakou, le choléra a gagné la Perse; — il a remonté vers Astrakan et suivi le Volga; — il a pris la route militaire allant de la Transcaucasie à la tête du chemin de fer de Vladi Caucaz, puis gagné le Don; — enfin, il s'est rapidement propagé à la moitié de la Transcaucasie du côté de la Caspienne.

En Russie, la plupart des provinces ont été visitées par l'épidémie, et, le 15 novembre, on évaluait le chiffre total des décès à 280,000.

Epidémie de Perse. — Dans ce pays, le choléra a fait périr près de 80,000 personnes,

sur 7 millions d'habitants. Un grand nombre de districts sont encore atteints, et il y a là un grand danger pour la basse Mésopotamie turque.

Choléra de Turquie. — Le choléra s'est montré dans les vilayets de Van, d'Erzerum et de Trebizonde.

La presque totalité de l'Yémen a été envahie.

Allemagne. — Le choléra y a pénétré par Hambourg, et les cas observés dans cette ville forment les 9/10e du total des cas constatés dans tout l'empire allemand. L'épidémie s'est d'abord montrée, vers le 15 août, dans le quartier populeux au voisinage du port, et elle a été très meurtrière dans la ville et aux environs.

A Wandsbeek, qui a 20,571 habitants, il y a eu 64 cas et 45 décès ;

A Altona, qui a 143,249 habitants, il y a eu 572 cas et 328 décès ;

A Hambourg, qui a 622,630 habitants, il y a eu 17,975 cas et 7,611 décès.

Or, Wandsbeek reçoit de l'eau de source, Altona de l'eau de l'Elbe bien filtrée; mais les filtres de Hambourg sont très défectueux.

Dans le reste de l'Empire, il y a eu un grand nombre de provinces indemnes ou n'ayant fourni qu'un nombre de cas presque insignifiants. Les cas observés ont, du reste, eu presque toujours Hambourg comme origine.

Autriche-Hongrie. — Les diverses provinces ont été atteintes à des degrés fort différents. La Hongrie a été très éprouvée; il s'y est produit 858 décès. Il n'y en a eu que 4 à Vienne. Les premiers cas de l'Autriche-Hongrie ont été constatés dans la Galicie, à Cracovie.

Belgique. — Les premiers cas remontent à la fin de juillet. Le 20 juillet, un ouvrier revenant d'Argenteuil tomba malade et succomba à Aspelaere (Flandre orientale). Ce resta isolé. Bientôt cas cependant il se produisit une petite épidémie à Jumet, et, enfin, Anvers fut contaminé par le steamer *Saint-Paul*, venant du Havre. Il y a eu dans cette ville 779 cas et 362 décès. Toutes les provinces de Belgique ont été prises.

Hollande. — Le choléra a été importé par des personnes venues de Hambourg ; cependant, aux environs de Dordrecht un cas est venu d'Anvers. Il y a eu 284 décès dans 90 communes.

Grande-Bretagne. — Tous les cas importés sont restés stériles ; ils n'ont frappé que des hommes d'équipe et des passagers.

Il n'y a eu que des cas isolés et très peu nombreux en Danemark, en Norwège, en Italie, en Roumanie et en Serbie.

M. Proust continuera la lecture de son mémoire dans une prochaine séance.

De quelques conditions pathogéniques de la tuberculose dans l'armée.

M. Kelsch : Dans l'armée, certaines formes de tuberculose ramènent toujours la pensée sur le rôle de l'hérédité que les théories nouvelles laissent trop dans l'ombre.

Les localisations primitives de la tuberculose sur le système osseux, même celles qui siègent sur les muqueuses en rapport avec l'extérieur, ne se laissent pas toujours rapporter aisément à l'infection par les ingesta ou les circumfusa.

Une observation que rapporte M. Kelsch prouve que l'on doit redouter l'éventualité de l'infection tuberculeuse aiguë généralisée après la résorption trop rapide d'un épanchement pleurétique. Dans ce cas, dont l'évolution avait été rapide (trois mois), il y avait des altérations de l'intestin semblables à celles que l'on observe chez les vieux phthisiques. Cependant, les crachats du malade n'avaient jamais renfermé de bacilles et il est probable que l'intestin n'avait pas été infecté par la bouche, mais par le sang ou les lymphatiques ; le foyer d'origine consistait en une vieille masse caséeuse pleurale.

La tuberculose intestinale ne ressortit donc pas toujours aux ingesta et M. Kelsch croit de même que la phtisie pulmonaire ne relève pas constamment d'une infection par inhalation. L'une et l'autre procèdent, plus souvent qu'on ne pense, de foyers tuberculeux anciens et latents, qui peuvent infecter lentement ou brusquement, d'où les différents modes d'évolution de la tuberculose. Le rôle de ces foyers latents est très important dans la pathogénie des différentes formes de la phtisie dans l'armée. Chaque année entrent dans les hôpitaux militaires des sujets vigoureux paraissant atteints d'un simple embarras gastrique et qui succombent à une tuberculose miliaire aiguë. On trouve à l'autopsie des dégénérescences tuberculeuses anciennes des ganglions médiastins ou mésentériques.

On a pu surprendre l'auto-infection sur le fait. C'est ainsi que, dans quelques cas, on a trouvé une communication du canal thoracique ou d'une veine pulmonaire avec des excavations des ganglions du hile.

M. Kelsch admet avec tout le monde que les bronches servent de porte d'entrée habituelle au virus, mais il est convaincu que le rôle de l'inhalation a été bien exagéré. On ne trouve le bacille tuberculeux ni dans l'air des chambres, pas même dans celui des salles d'isolement des phtisiques, ni à la surface des bronches, ni dans les crachats des individus non phtisiques.

La prédilection du tubercule pour les poumons n'indique pas l'infection par les voies respiratoires, car cet organe est le lieu d'élection des maladies virulentes et est très souvent atteint, quelle que soit la voie d'introduction expérimentale des virus tuberculeux.

M. Kelsch n'admet pas que les bacilles tuberculeux puissent traverser le poumon et la paroi intestinale et échouer dans les ganglions lymphatiques, sans laisser de désordres appréciables à la porte d'entrée. D'ailleurs, les tuberculoses primitives des os et des articulations se prêtent peu aisément à la notion de l'infection par des surfaces en rapport avec l'extérieur.

Il est probable que les lésions osseuses et articulaires remontent à l'enfance et qu'elles relèvent souvent alors de l'hérédité, qui est scientifiquement démontrée. De ces lésions s'échapperont plus tard des colonies de bacilles qui infecteront l'organisme.

Du reste, l'auto-infection n'est pas fatale et le foyer peut demeurer inoffensif pendant toute la vie. C'est là un fait bien connu.

M. Kelsch pense qu'il y a lieu de réintégrer dans l'étiologie de la tuberculose les idées qui la défrayaient à l'époque prémicrobienne.

Il a la conviction qu'à l'instar des microbes de la pneumonie, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, le bacille de Koch est un hôte habituel de notre corps, où il pénètre par des voies diverses, notamment par celle de la transmission héréditaire ; il est retranché d'ordinaire dans des foyers pathologiques latents, remontant aux premiers âges de la vie.

L'émigration du bacille hors de ces foyers est subordonnée à des conditions qui ont été mises en relief par l'ancienne médecine et qui ont une importance capitale, car elles sont les complices indispensables de la cause première. La tuberculose ne résulte pas fatalement du contact fortuit du germe et de l'organisme.

Les mesures prophylactiques actuelles, toutes dirigées contre la contamination par les voies respiratoires, n'empêchent pas la tuberculose d'augmenter dans l'armée. Il faudrait éloigner de cette dernière les individus atteints de tuberculose latente ; mais, malheureusement, le diagnostic de cette tuberculose est souvent impossible.

Altérations anatomiques des myomes utérins pendant la grossesse

M. Cornil a eu occasion d'examiner un myome situé dans la paroi d'un utérus gravide. La tumeur était pleine de géodes renfermant du liquide muqueux et présentant des îlots mortifiés semi-transparents et anémiques. Dans ces îlots, les fibres musculaires étaient petites, sans noyau colorable et les vaisseaux privés de sang; le myome vivant présentait des fibres hypertrophiées et des vaisseaux pleins de sang. Les mortifications partielles sont dues à la compression exercée par les faisceaux hypertrophiés du myome et peuvent entraîner l'atrophie très notable ou la disparition d'une portion de la tumeur après l'accouchement.

Cholécystectomie à sutures perdues

M. Ch. Monod présente un malade âgé de 44 ans, auquel il a pratiqué l'ablation de la vésicule biliaire distendue par un liquide non bilieux et renfermant 233 calculs.

Cette cholécystectomie faite à sutures perdues avec fermeture immédiate de l'abdomen sans drainage mériterait bien la qualification d'*idéale* que l'on donne à la cholécystotomie à sutures perdues de Spencer Wells.

Les raisons qui ont déterminé M. Monod à recourir à ce procédé sont les suivantes :

Nature du liquide contenu dans la vésicule (liquide clair, transparent, sans trace de bile); absence de tout écoulement par la vésicule à la suite de son ouverture; impossibilité de découvrir vers le col de la vésicule un calcul en oblitérant le calibre; non-existence chez le malade de phénomènes antérieurs ou actuels pouvant être rapportés à la présence de calculs biliaires (ictère, coliques hépatiques, etc.)

Ces diverses constatations conduisaient à penser : 1° que l'oblitération du canal cystique était complète ou du moins suffisante pour laisser à la suture le temps de produire un effet utile et permanent; 2° qu'il était permis de considérer la vésicule, chez ce malade, comme une cavité close, devenue indépendante de l'appareil biliaire et de la traiter comme telle.

La suture perdue de la vésicule et la fermeture immédiate du ventre sans drainage semblaient donc pouvoir être faites sans danger.

L'événement a montré que cette manière de voir était juste.

M. Monod ajoute que c'est dans ces conditions seulement que pareille conduite est recommandable.

Si elles ne sont pas réunies, il est assurément plus prudent de fixer la vésicule ouverte à la paroi abdominale, quelque retardée que doive être, de ce fait, la guérison définitive.

Les cas semblables sont rares. M. Ch. Périer en a communiqué un exemple à l'Académie en octobre 1890. Il en existe quatre ou cinq autres observations éparses dans les recueils scientifiques.

Relativement nombreux, au contraire, sont les cas où la résection de la vésicule a été suivie de la fixation de ses bords à la plaie.

COURRIER

Un concours pour la nomination à DEUX PLACES DE CHIRURGIEN AU BUREAU CENTRAL sera ouvert le lundi 27 mars 1893, à l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

A peine cette date a-t-elle été connue que de toutes parts s'élevait une réflexion très juste, du reste, c'est que Pâques étant le 2 avril, la première épreuve ne serait pas terminée, les copies ne seraient pas toutes lues, que les vacances forcées, séparant le semestre d'hiver du semestre d'été, viendraient interrompre le concours.

Qu'on place les épreuves bien avant Pâques ou qu'on les transporte après les vacances; mais qu'on évite aux malheureux candidats tout ce qui peut allonger un concours forcément déjà long! Tel est le sentiment qui règne parmi les concurrents, et nous n'hésitons pas à nous en faire l'écho.

— MM. les internes, externes et élèves des hôpitaux sont informés qu'un cours pratique de bactériologie s'ouvrira le mercredi 1er mars 1893 au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sous la direction de M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

— M. le docteur Francoz, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vient d'être élu sénateur dans la Haute-Savoie.

Nécrologie. — M. le docteur Thomas, le bibliothécaire bien connu de la Faculté de médecine de Paris, est mort subitement lundi 6 février. — MM. les docteurs Morel (de Villiers-Tournelle); Cazeneuve (doyen honoraire de Lille); Buret (de Saint-Heand); Bousquet, Lagrange (de Mustapha); Alphonse Davame (de Paris); Heymann (de Versailles); Vincent (de Gentilly)

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 2e classe des colonies Quennec obtient un témoignage officiel de satisfaction pour le calme et le dévouement dont il a fait preuve au combat de Dabadougou, ainsi que pour les services qu'il a rendus pendant l'hivernage de Kankan (Soudan français).

M. le médecin de 2e classe des colonies Bouyssou est appelé à servir à la Martinique.

Par décision du 3 février, MM. les élèves du service de santé de la marine Hernandez, Carbonel, Mesny, Jourdran et Lairac, docteurs en médecine, ont été nommés à l'emplo de médecin auxiliaire de 2e classe de la marine. — MM. Hernandez et Carbonel serviront à Toulon; Mesny et Jourdran, à Brest, et M. Lairac attendra, à Rochefort, l'époque de son passage dans le corps de santé des colonies.

Par décision présidentielle du 1er février, a été acceptée la démission de son grade et de son emploi, offerte par M. le médecin de 2e classe des colonies J.-L. Michoud.

Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

Brest. — MM. 1. Danguillecourt; 2. Le Franc; 3. Reynaud; 4. Aubry; 5. Guézennec; 6. Dubut; 7. Kergrohen; 8. Vergos. *Lorient.* — MM. 1. Le Denmat; 2. Durand; 3. Bertrand; 4. Bahier; 5. Colle; 6. Nodier; 7. Thomas; 8. Ropert. *Rochefort.* — MM. 1. Chasseriaud; 2. de Gouyon de Pontouraude; 3. Dufour; 4. David; 5. Chevalier; 6. Bellot; 7. Julien-Laferrière; 8. Mialaret; 9. Morain; 10. Gorron; 11. Touchet; 12. Palmade; 13. Lassabatie; 14. Planté; 15. Lussaud, *Toulon.* — MM. 1. Castellan; 2. Buisson; 3. Cartier; 4. Durand; 5. Féraud; 6. Gauran; 7. Ourse; 8. de Bonadona; 9. Amouretti; 10. Cauvet; 11. Aubert; 12. Pons; 13. Jabin-Dudognon; 14. Durbec; 15. Couteaud; 16. Théron. *Cherbourg.* — MM. 1. Recoules; 2. Deblenne; 3. Fras; 4. Damany; 5. Branellec.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

La communication faite à l'Académie de Médecine, le 7 février, par M. Proust, et dont nous avons donné le compte rendu détaillé, a revêtu un caractère d'actualité que son auteur ne semblait pas pressentir, lorsqu'il a fait, avec sa lucidité et son talent habituel, l'historique du choléra de 1892. C'est le lendemain, seulement, que les journaux politiques nous ont appris l'apparition du choléra à Marseille. Il y régnait cependant depuis une semaine, et le nombre des décès s'élevait déjà à 12 par jour. C'est peu de chose, sans doute, pour une ville de plus de 400,000 habitants, mais c'est plus qu'il n'en faut pour constater l'existence de l'épidémie et sa nature. Cependant, jusqu'à mardi dernier, on a mis les décès sur le compte de la *diarrhée cholériforme*. Il serait temps d'en finir, cependant, avec cet euphémismes dont les médecins ne sont pas dupes, avec ces fictions qui entretiennent dans le public de dangereuses illusions.

Le choléra est à peu près partout en Europe, il a même poussé une pointe vers l'Amérique, ainsi que l'a montré M. Proust; il serait bien extraordinaire que Marseille, qui est en relation avec le monde entier, ne lui payât pas son tribut.

L'épidémie commence par les grandes villes insalubres des bords de la Méditerranée, lorsqu'elle arrive en ligne directe de l'Inde par le canal de Suez; mais lorsqu'elle nous vient, comme cette fois, par la frontière de l'Est, elle n'atteint le Midi qu'en dernier lieu. C'est ce qui est arrivé lors des deux premières épidémies, qui avaient également suivi cette marche. Jusqu'ici, il n'y a pas lieu de concevoir des craintes exagérées. On ne compte encore qu'une cinquantaine de décès; mais quelques-uns des cas sont foudroyants. Une religieuse a été enlevée le 7, en quelques heures, et puis, ce n'est jamais sans appréhension qu'on voit une maladie comme le choléra éclater dans cette grande ville dont l'insalubrité est notoire, et sur laquelle plane encore l'épouvante que le souvenir de la peste de 1720 y a laissée.

Cette recrudescence épidémique va rappeler l'attention sur le choléra qu'on commençait à oublier, et préparer les esprits à l'annonce d'une nouvelle conférence sanitaire internationale.

Cette fois encore, c'est l'Autriche qui en prend l'initiative, et, par un désintéressement qui lui est habituel, c'est en dehors de son territoire qu'elle propose de la réunir. Elle se tiendra probablement à Dresde, au printemps prochain, et s'occupera surtout des mesures sanitaires à prendre aux

bouches du Danube. On parlait depuis quelque temps de cette conférence dans le monde de l'hygiène; mais le journal *le Temps*, du 9 février, l'annonce, dans sa correspondance politique, comme un événement en voie de préparation diplomatique.

De la ligature et de la résection de la veine saphène interne dans le traitement des varices.

Chacun connait le mémoire de Trendelenburg, paru en 1890 dans le *Beitrage. f. klin, Chir.* Ce chirurgien, reprenant le procédé ancien de la ligature de la grande saphène, arriva à guérir ses malades atteints de varices des membres inférieurs. M. Charrade (1) se basant sur 15 observations recueillies dans le service du docteur Schwartz, et reprenant les discussions qui ont dernièrement eu lieu à la Société de chirurgie, étudie ce mode de traitement dans sa thèse et nous en vante même les bons résultats.

Il se montre partisan non seulement de la ligature, mais encore, et à juste titre, de la résection des gros paquets variqueux, opération qui n'est pas nouvelle, puisqu'on lit dans Plutarque qu'elle fut pratiquée sur Marius.

Dans son travail, M. Charrade étudie le mécanisme de la formation des varices et l'influence du traitement par la ligature. Il montre qu'avec elle, on supprime ou on réduit à néant la saphène interne qui, dilatée, gêne par l'insuffisance de ses valvules la circulation du membre et devient, par le fait de son altération, la cause de troubles trophiques.

Quatre procédés peuvent être mis en œuvre : c'est d'abord la ligature percutanée pratiquée autrefois en liant la veine sur une épingle et faite aujourd'hui avec un crin de Florence ou une soie passant sous la veine et l'enserrant dans son nœud ainsi que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Puis la ligature sous-cutanée presque abandonnée et qui ressemble beaucoup à la ligature percutanée ; enfin, la ligature à ciel ouvert et la résection, ces deux grandes méthodes de traitement sont pour ainsi dire seules usitées aujourd'hui.

Ces deux dernières opérations ont été plus ou moins discutées, et, de l'avis de ceux qui s'en montrent partisans, elles auraient pour résultat de faire disparaître l'œdème, accident le plus fréquent des varices. L'ulcère variqueux serait même favorablement influencé, et sur ce point M. Charrade cite plusieurs observations concluantes. Enfin, les phénomènes douloureux s'évanouissent et les hémorrhagies par ruptures des varices disparaissent en même temps que le calibre de la veine, qui se trouve obturé pour toujours.

Mais il est bien entendu que ce mode de traitement n'aura d'effet que dans les cas de varices non généralisées, mais, au contraire, localisées à un département veineux. La résection s'est toujours montrée supérieure à la ligature et lui doit être préférée; enfin, la condition *sine qua non* pour opérer la saphène interne, c'est qu'elle soit nettement visible, dilatée, insuffisante, et paraisse jouer un rôle sinon exclusif, au moins prépondérant dans la production de ces accidents.

E. R.

(1) Thèse du docteur Charrade. — Paris, 1892.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1893. — Présidence de M. Périer.

Gastro-entérostomie

La communication de M. Monod, faite à la dernière séance, sur l'issue funeste d'une opération de gastro-entérostomie pratiquée dans les meilleures circonstances, devait fournir à M. Reclus l'occasion de terminer l'observation d'un malade opéré par lui et qui, comme on le sait, avait retiré au début le plus grand bénéfice de cette intervention. Mais le cancer marcha rapidement, et au bout de cinq mois le malade mourait. L'autopsie montra une infection générale du péritoine et un rétrécissement du pylore à peine susceptible de laisser passer un stylet. Mais, chose curieuse, le néoplasme avait atteint la bouche stomaco-duodénale sans la fermer, toutefois; toutes les sutures étaient encore en place et n'avaient même pas coupé la muqueuse qui formait, entre les deux parties du tube digestif (estomac et duodenum), un éperon analogue à celui qu'on rencontre dans certaines bifurcations artérielles. Le bout duodenal et le bout jejunal de l'intestin anastamosé n'avaient pas changé de calibre.

M. Reclus fait remarquer qu'il y a une certaine importance dans le choix du siège de l'anastomose. Croyant rendre la digestion plus facile, il s'était rapproché du pylore; mais il y a un danger dans la propagation du néoplasme, qui pourrait atteindre l'ouverture nouvelle. Il est donc préférable de placer la bouche à la partie moyenne de l'estomac.

Quant à ce qui est des faces de l'estomac, il paraîtrait que, quoique placée sur la paroi antérieure de cet organe, l'anastomose a dû bien fonctionner, car l'estomac, autrefois dilaté, avait repris ses dimensions normales. Enfin, il n'est point besoin de pratiquer des opérations complémentaires pour fermer la partie du canal intestinal située entre l'estomac et l'anastomose; car M. Reclus n'a trouvé dans cette partie du duodenum, aucune altération qui eût pu le faire regretter de ne pas l'avoir obturée.

— M. Terrier donne aussi des nouvelles d'une malade opérée le 5 juillet 1892 qui, en octobre pesait 66 kilos, qu'il a revue hier, et qui en pèse 77; c'est dire assez le bénéfice qu'elle a retiré de l'intervention.

Il n'en est pas de même dans une deuxième observation où la mort arriva au bout de quarante-huit heures, sans accidents, sans crises comme chez la malade de M. Monod. Il s'agissait d'une femme de 40 ans, ayant des troubles digestifs depuis dix-huit mois. Puis les douleurs et les vomissements survinrent. Une tumeur apparut à l'épigastre, la cachexie arriva et l'état était grave quand elle entra à l'hôpital Bichat.

La gastroentérostomie, seule chance d'améliorer l'état de la patiente, fut pratiquée, et M. Terrier trouva non seulement un cancer du pylore et de la grande courbure, mais encore un envahissement de l'épiploon, qui lui occasionna beaucoup de difficultés dans la séparation du côlon transverse et de l'estomac. Cet organe était de plus immobilisé par des adhérences. Il put néanmoins faire sa bouche stomaco-duodénale dans une région saine et pratiquer ses sutures, sans avoir besoin d'un lavage de l'estomac, qui contenait du reste fort peu de liquide.

Les suites opératoires furent d'abord excellentes, lorsqu'au soir du deuxième jour la malade s'éteignit en quelques heures.

Cette femme était à la limite de l'intervention, et on n'aura des succès, dit M. Terrier, que si on opère beaucoup plus tôt. Malheureusement, les médecins adressent les malades beaucoup trop tard aux chirurgiens.

Du faux ballottement rénal.

C'est encore à propos du procès-verbal que M. Le Dentu prend la parole. Il a été frappé des réflexions de M. Tuffier sur la coexistence du ballottement soi-disant rénal dans certaines affections du foie, et apporte quatre faits à l'appui.

Dans trois observations, il s'agit de lithiase biliaire avec calculs dans la vésicule, induration de la vésicule et adhérences péri-vésiculaires. Dans un quatrième cas, il s'agit d'une périhépatite, et toutes ces altérations du foie ont donné nettement à M. Le Dentu le symptôme du ballottement rénal, quand l'intervention a fait reconnaître qu'il n'existait pas. Aussi M. Le Dentu dit-il à ses collègues de se méfier de ce *faux ballottement rénal.*

Comment l'expliquer? Par une descente probable du rein, ou l'augmentation du foie; mais, quand on percevra ce symptôme, il faudra faire des réserves et ne pas seulement penser à une affection du rein, mais aussi à une maladie du foie, à une tumeur sous-hépatique, qui, du reste, en règle générale, se met immédiatement en rapport avec la paroi abdominale antérieure, tandis que les tuméfactions rénales se portent de préférence dans la fosse iliaque.

A ce propos, M. Reclus cite une malade qui, atteinte d'appendicite, présentait, sans aucune altération du rein, un faux ballottement rénal dû à une tumeur inflammatoire produite par la perforation d'un appendice très long et dirigé en haut.

De l'évidement commissural du col.

On sait combien les sténoses congénitales de l'orifice externe du col sont difficiles à combattre. La dilatation par la laminaire, l'incision aux ciseaux donnent de mauvais résultats, et même les amputations biconiques et les *stomatoplasties* qui souvent n'arrivent à produire, à cause de leur cicatrisation rapide, qu'un rétrécissement de tout le canal cervical.

Aussi M. Pozzi a-t-il cherché à remédier à cet état de choses par une intervention et a-t-il imaginé l'opération suivante, qu'il appelle *évidement commissural du col.* A cet effet, il incise aux ciseaux les deux côtés du col pour former deux lèvres, puis respectant sur chacune de ces lèvres la muqueuse cervicale; entre les limites externes de cette muqueuse et celles de la muqueuse vaginale, il enlève de chaque côté des deux lèvres deux petits lambeaux prismatiques qu'il creuse en plein tissu et qui formeront deux parois destinées à se réunir. A cet effet, il passe des fils de chaque côté, et faisant disparaître, en serrant ces fils, ces espaces excavés, il réunit en haut et en bas la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale et a ainsi un espèce de bec de canard.

Il a pratiqué quatre fois cette opération, a revu deux de ses malades deux ans après et le cathétérisme était des plus faciles.

M. Marchand fait remarquer qu'ainsi il ne lutte pas contre le rétrécissement de l'isthme et M. Ségond demande à M. Pozzi comment, en produisant une infirmité semblable à celle qu'Emmet s'efforce de combattre par l'opération qui porte son nom, il ne détermine pas des troubles dans le fonctionnement de l'utérus. Mais le chirurgien de Pascal répond que d'abord il ne s'adresse qu'aux sténoses de l'orifice externe et que

dans les déchirures bilatérales infectées de l'accouchement, c'est la cicatrice qui en résulte qui fait toute la maladie. Emmet guérit ses malades non pas seulement en refaisant le col, mais surtout en enlevant le tissu cicatriciel et les causes d'irritations nerveuses qui en partent.

Lithotritie périnéale et traitement des calculs vésicaux dans les cas de rétrécissements

Ce n'est pas la véritable opération de Dolbeau que vient préconiser M. Bazy, mais simplement l'incision périnéale qui permet de se porter dans le canal en arrière des rétrécissements ou de les inciser et de pouvoir ainsi faire une lithotritie ordinaire par le périnée avec les instruments usités dans la lithotritie par l'urèthre.

M. Bazy cite deux interventions de ce genre. La première de ses opérations date de huit ans. Il s'agissait d'un calculeux rétréci avec complication vésicale et rénale. Les bougies ne pouvaient plus passer dans l'urèthre, et grâce à l'incision périnéale le broiement fut facile. La boutonnière se cicatrisa rapidement en même temps que les béniqués rendaient au canal son ancien calibre. La guérison fut parfaite.

Le second opéré avait une paralysie vésicale, urinait sous lui et portait des rétrécissements multiples. La dilatation, refusée par le malade, fut remplacée par l'incision périnéale qui permit aussi de débarrasser le patient de son calcul. Toutefois, un fragment qui restait dut être extrait quelques mois plus tard.

Ces faits de calculeux atteints de rétrécissements sont assez nombreux, et contre cette complication on peut diriger plusieurs sortes de traitement.

D'abord, si le rétrécissement est dilatable, il n'y a qu'à faire la dilatation pogressive ou même l'uréthrotomie interne applicable surtout aux rétrécissements étendus; mais M. Bazy n'est pas d'avis de faire la lithotritie immédiatement après l'uréthrotomie interne.

Si les rétrécissements ne sont pas dilatables, il faut faire l'uréthrotomie externe et la lithotritie et y adjoindre, si besoin il y a, une uréthrotomie interne pour rendre plus tard son calibre à l'urèthre.

La taille hypogastrique peut être aussi utilisée; mais elle n'obvie qu'à l'inconvénient du calcul et ne guérit pas le rétrécissement, tandis que la lithotritie par le périnée traite du coup les deux affections.

A ceci, M. Th. Anger fait observer que si la prostate est volumineuse, elle est dure et ne peut se dilater. Ce à quoi M. Bazy répond qu'il ne dilate pas comme Dolbeau la prostate; mais ne cherche qu'à se porter derrière le rétrécissement.

Dans le cours de la séance, M. le secrétaire général lit une observation de M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) sur une taille articulaire pour arthrophyte. L'incision doit être petite, et il ne faut pas faire de lavage.

M. Ricard lit une observation de *spina bifida*.

Eugène Rochard.

REVUE DES JOURNAUX DE PROVINCE

Sommaire : Sur un cas d'obstruction artérielle, au cours d'une fièvre typhoïde, chez un enfant. — Contusion musculaire. — Les alcooliques devant la variole. — Méningo-encéphalite d'origine grippale. — Hémorrhagies utérines chez les femmes âgées.

M. J. Salles (de Lyon) a eu occasion d'observer un cas d'*obstruction artérielle* survenue chez un enfant atteint de fièvre typhoïde. Cette obstruction occupait l'iliaque externe, et la gangrène fut imminente pendant plusieurs jours. Le petit malade guérit cependant

complètement, et, deux mois après le début de la complication, les battements de la fémorale étaient manifestes; l'obstacle s'était canalisé.

L'artérite de la fièvre typhoïde tient à la localisation des microbes spécifiques dans les parois vasculaires; Rattone a pu obtenir des cultures pures avec le bacille typhique recueilli sur des plaques d'endartérite. D'autre part, il est possible que les toxiques microbiens viennent joindre leur action à celle des altérations des parois, en modifiant la crase du sang.

— La *contusion des muscles* est le plus souvent un accident banal qui s'ajoute à une foule de traumatismes. Cependant, elle peut avoir une certaine gravité, et M. Tédenat (de Montpellier) l'a récemment étudiée. Parfois, le muscle est désorganisé et réduit en bouillie sur une grande étendue; souvent alors on observe des arrachements ou des ruptures massives loin du point d'application de la force vulnérante. Par exemple, à la suite des écrasements de la partie inférieure de la cuisse par roues de wagon, il arrive de trouver les muscles postérieurs arrachés à leur insertion ischiatique et formant de gros blocs entièrement détachés.

S'il y a broiement sur une large surface, il se forme une collection sanguine dont la résorption est souvent fort longue à se faire. Il se produit alors une plaque cicatricielle avec ramescences fibreuses étouffant les fibres musculaires, les rendant adhérentes les unes aux autres.

La suppuration du foyer musculaire n'est pas rare; elle peut être tardive et survient souvent à la suite de fatigues et d'efforts, ou bien consécutivement à l'existence d'une petite plaie, d'une excoriation qui sert de porte d'entrée aux germes pyogènes. Les sangsues, que l'on avait autrefois l'habitude d'appliquer sur les contusions de ce genre, doivent être proscrites, car les piqûres s'infectent avec une grande facilité.

La myosite phlegmoneuse diffuse est assez rare à la suite des contusions; c'est un accident grave qui peut causer la mort.

Les principaux symptômes d'une contusion musculaire sont une douleur exaspérée par la pression et par les mouvements qui mettent en jeu le muscle atteint ou le tiraillent, de la parésie avec tressaillements fibrillaires, des tremblements pendant la contraction. Habituellement, il y a un léger degré de contracture qui cède rapidement; mais, parfois, cette contracture tend à persister; le muscle est alors tendu, dur, douloureux à la pression et surtout à la distension, et il se produit des déviations. Dans ces cas, il existe, en même temps que la myosite, un certain degré de névrite. L'atrophie scléreuse est une terminaison à redouter, d'autant plus qu'elle peut succéder à des traumatismes peu intenses.

On peut dire que ce qui fait la gravité, dans la plupart des cas de contusions musculaires, c'est le volume des rameaux nerveux lésés. C'est ainsi que parfois l'atrophie et la contracture s'étendent à des portions de muscles qui n'ont pas été touchées directement par l'agent vulnérant; on doit donc chercher l'explication de ce fait dans l'existence de fibres nerveuses récurrentes qui, par un trajet en retour plus ou moins long, se rendent d'un tronc nerveux placé au niveau du point contus à des rameaux nerveux destinés à d'autres portions du même muscle ou à des muscles voisins. Il peut survenir de la névrite ascendante et même de la névrite disséminée, notamment quand il y a infection.

Le massage méthodique est le vrai traitement de la contusion musculaire; son action sera aidée par l'emploi de l'électrisation.

— L'apparition du *délire chez les varioleux* est, comme l'a montré M. Combemale, influencée d'une façon certaine par l'alcoolisme antérieur. Le délire est alors nocturne, hallucinatoire, calmé par l'opium, professionnel et dure plusieurs jours.

L'alcoolisme traduit ses effets de bien d'autres façons ; il donne de bonne heure à l'éruption une coloration rouge vineuse, non pathognomonique, mais suffisamment caractéristique ; la vésicule s'entoure d'un cercle rouge plus ou moins large, dans le godet de la vésicule se fait une hémorragie lenticulaire, comme purpurique ; l'œdème interpapulaire est énorme, comme chez les lymphathiques ; la dessiccation sans rupture de la vésicule est rare. Parmi les complications, les abcès dermiques ou sous-cutanés sont fréquents. L'œdème malléolaire et l'urémie intermittente qu'il dénonce se montrent pendant longtemps ; la convalescence est très longue quand la mort (2 sur 10) n a pas enlevé l'alcoolique dans son délire.

— On a publié nombre de cas de *psychoses consécutives à l'influenza.* L'observation de M. Paret, présentée à la Société des sciences médicales de Lyon, est particuliùrement intéressante, par suite des constatations anatomiques qui ont pu être faites. La malade, âgée de 20 ans, succomba au milieu de phénomènes de mélancolie avec stupeur, et on trouva, à l'autopsie, des lésions qui, d'après M. Paret, sont caractéristiques des inflammations d'origine microbienne. Ces lésions sont les suivantes : stase des globules dans les vaisseaux, diapédèse et accumulation de globules blancs dans les gaines ; émigrations lointaines de globules blancs qui se rencontrent disséminés dans tous les espaces où ils ont accès. Dans la substance blanche, comme dans la substance grise, ils sont tantôt en files, tantôt en groupes, et entourent les cellules nerveuses, qui ont énormément souffert dans leur nutrition.

M. Paret croit même avoir constaté le présence de bacilles dans les leucocythes.

Il résulte de ce fait que la grippe peut déterminer des méningo encéphalites infectieuses.

— Tout le monde connait le sombre pronostic des *hémorrhagies utérines chez les femmes âgées* ; elles indiquent presque toujours, en effet, le début d'un cancer de l'utérus qui ne devient évident qu'au bout de quelque temps. Cependant, il ne faut pas croire qu'il en soit ainsi dans tous les cas, et, à la *Société de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, MM. E. Monod, Hirigoyen, Piéchaud ont communiqué des observations qui montrent que des femmes âgées peuvent présenter des pertes de sang, soit sous l'influence de causes générales, maladies du cœur, des reins ou du foie, soit sous celle de causes locales, sans qu'il apparaisse ultérieurement un néoplasme. On rencontre très souvent, dans ces cas, la variété d'endométrite interstitielle atrophique que M. Delbet a récemment décrite. A la place de la muqueuse, on trouve une sorte de membrane fibreuse recouverte d'un revêtement cellulaire irrégulier et incomplet. Les vaisseaux restent très abondants dans ce tissu et ils sont souvent dilatés.

Les hémorrhagies utérines des femmes âgées coïncident souvent avec l'obésité et le diabète.

Du diplomètre

ET DE L'APPLICATION DE CET APPAREIL POUR DÉFINIR LA NATURE ET LE DEGRÉ DES PARALYSIES OCULAIRES,

par le Dr Galezowski

Les paralysies des nerfs moteurs des yeux sont excessivement fréquentes, elles se rencontrent presque à tous les âges, et dans des conditions de santé des plus variées. L'ataxie locomotrice, la syphilis, le traumatisme, les méningites et les blessures, en sont souvent les causes. Dans certains cas, elles ne s'observent que sur un seul œil,

dans d'autres, nous les voyons apparaître dans les deux yeux à la fois. Elles peuvent être partielles, la paralysie de la troisième paire n'occupant que quelques filets nerveux isolés, ou bien on voit le mal envahir plusieurs nerfs moteurs à la fois ; sixième, troisième et quatrième paires.

On comprend la gravité des troubles de la vue qui en résulte, et les difficultés du diagnostic au début du mal. Mais elles sont encore bien plus grandes avec la marche ultérieure de la maladie. Jusqu'à présent, on reconnaissait l'existence du mal, sans préciser le degré de déviation.

Il y a aussi la diplopie provoquée par des spasmes des fibres musculaires, chez les hystériques et dans les différentes autres affections nerveuses, qui peuvent simuler la paralysie et qu'il était jusqu'à présent difficile par moment de définir, car on n'avait pour cela aucun moyen.

Pour combler cette lacune, et rendre possible la définition exacte du degré d'écartement des images doubles de la diplopie, j'ai cru utile de construire un appareil, qui nous permette de juger, jour par jour, le degré d'amélioration ou d'aggravation de la maladie. Cet appareil a été admirablement exécuté, d'après mes indications, par notre distingué et habile opticien, M. Peuchot.

Il se compose d'un stéréoscope à deux œilletons. En avant de chacun d'eux est placé une plaque métallique, portant une double fourche destinée à recevoir d'un côté un verre rouge, et de l'autre un verre plan ou un verre correcteur de la réfraction. A la partie antérieure du stéroscope se trouve un verre dépoli quadrillé. Chaque ligne verticale est numérotée à droite et à gauche en partant du centre, chaque ligne horizontale est représentée par une lettre A, B, C, etc.

A la distance d'un mètre se trouve adaptée une tige qui tourne autour de son axe, elle est munie d'une petite lampe, qui est montée de telle sorte qu'elle suit tous les mouvements en gardant sa position verticale.

Le malade, regardant dans le stéréoscope avec les deux yeux, verra deux reflets de la lampe sur le verre dépoli, l'une sera rouge et l'autre sera blanche. Chaque déplacement de la lampe pourra être défini par les divisions qui existent sur ce verre.

Cet appareil a encore un très grand avantage, c'est qu'il permet de faire l'examen de la diplopie homonyme ou croisée en plein jour, sans qu'on ait besoin de faires ces recherches dans une chambre noire, comme cela a été fait jusqu'à présent.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES MALADIES DE L'ENFANCE, par le docteur Jules COMBY, médecin des hôpitaux. Rueff et Cie, éditeurs (1).

Le nouveau Traité des maladies de l'enfance que vient de publier M. Comby ne fait double emploi avec aucun des ouvrages consacrés à ce sujet en langue française, ni par le plan suivant lequel il est conçu ni par la manière dont ce plan a été exécuté.

Les notions préliminaires de physiologie et d'hygiène infantiles qui ouvrent le volume ont le double mérite de la concision et de l'exactitude.

L'ouvrage est divisé en deux parties. Dans la première sont traitées les MALADIES GÉNÉRALES, réparties en deux sections : maladies infectieuses, maladies dystrophiques. Nous félicitons l'auteur d'avoir hardiment rompu avec les vieilles classsifications et

(1) 1 vol. in-18 jésus, 900 pages, relié peau pleine; 12 fr.

d'avoir rangé sans ambages parmi les infections le purpura hémorrhagique, le pemphigus aigu et surtout le rhumatisme aigu. La tuberculose est traitée avec toute la compétence que peut avoir un élève de M. Lannelongue, dont l'auteur s'honore d'avoir été l'interne.

Mais je sais bon gré à Comby d'avoir maintenu, en vrai clinicien, l'existence de la scrofule comme une diathèse héréditaire ou acquise parmi les dystrophies. On pourrait le chicaner sur l'abus de langage qu'il y a sans doute à ranger côte à côte avec elle, sous la même rubrique, « dystrophies héréditaires ou diathèses », l'obésité, l'asthme, la migraine, le diabète, l'hémophélie. Comme *dystrophies acquises*, M. Comby décrit les anémies, les maladies de croissance, l'athrepsie, le rachitisme, sujet déjà étudié par lui d'une manière remarquable dans un livre spécial (1).

Parmi les MALADIES LOCALES ou organiques qui sont décrites pour la première fois dans un traité de pœdiatrie, je signale avec d'autant plus de plaisir la dilatation de l'estomac que l'auteur et moi-même sommes du même avis sur la question, réserve faite pour l'étiologie que je considère comme plus complexe que ne l'admet Comby. « Tout se résume, dit-il, dans une surcharge alimentaire incessante et prolongée, et la cause est surtout mécanique. » J'estime, pour ma part, que l'influence mécanique est rarement suffisante, et qu'il y faut associer la prédisposition héréditaire à l'atonie des muscles lisses si remarquable dans certaines familles neuro-arthritiques.

Pour la chorée, je regrette que Comby continue à ne voir qu'un lien bien faible entre elle et le rhumatisme : « Dans quelques cas seulement », ma statistique personnelle est différente.

Mais laissons-là ces minces critiques. C'est par l'éloge que je veux finir cette analyse. Ceux qui ont le plaisir de connaître l'auteur retrouveront dans les qualités qui assureront le succès de son livre celles qui leur ont fait aimer et estimer l'homme ; je veux dire la sincérité, la ténacité des convictions et l'ardeur, j'allais dire l'emportement, à les défendre. Elles ne sont pas si banales, chers lecteurs. — P. LE GENDRE.

Traité de pathologie externe, par MM. POULET et BOUSQUET, deuxième édition, revue et corrigée par MM. RICARD, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et BOUSQUET, professeur de clinique à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — O. Doin, Paris, 1893.

On se souvient du succès de la première édition de ce traité de pathologie externe. Il avait été écrit par deux jeunes chirurgiens instruits et actifs. Il arrivait à un moment où l'ouvrage de Dupay n'était pas encore terminé et avant la publication de ces nombreux livres de chirurgie qui, en peu d'années, surgirent de chez tous les éditeurs parisiens. Le Poulet et Bousquet, comme on l'appelait dans le langage courant des conférences, devait bientôt être épuisé. Un de ses auteurs mourut, et ce fut Ricard qui le remplaça et se chargea, avec Bousquet, de la seconde édition.

La science chirurgicale marche vite à notre époque et il a fallu à ces deux auteurs un gros travail pour composer à nouveau les trois gros livres qui viennent d'être offerts au public médical.

La pathologie générale occupe tout le premier volume. On y trouve un exposé complet de toutes les idées modernes sur ces questions qui, aujourd'hui, ont acquis une si grande importance.

Les descriptions sont claires, concises, bourrées de faits et précédées d'une bibliographie qui, sans être trop chargée, est cependant tout à fait au courant.

Les deux derniers volumes traitent de la pathologie des régions. On y remarque un

(1) Traité du rachitisme, Paris 1892, par J. Comby.

ordre tout à fait classique, qui évite des redites et qui est absolument indispensable dans un traité de cette nature.

Suivre pas à pas les auteurs dans toutes leurs descriptions serait reproduire l'ouvrage, il vaut mieux le lire; mais il nous est permis de dire que, ce qui nous a frappé, c'est le soin qu'ils ont apporté à rendre les sujets le plus clair possible et à faciliter la tâche de l'étudiant, en mettant sous les yeux du lecteur des tableaux rappelant les symptômes et les comparant entre eux, comme cela a été fait pour le diagnostic des tumeurs de la mamelle.

Les maladies des viscères ont été étudiées avec soin. On sait aujourd'hui le rôle important qu'ont pris en chirurgie le thorax et l'abdomen. Nous avons cependant été étonné de ne pas voir traitée la question de la pleurésie purulente, considérée proba blement par les auteurs comme appartenant au domaine médicale.

Les maladies des organes génitaux et particulièrement les chapitres consacrés à la gynécologie ont attiré notre attention. On sent la plume d'un chirurgien qui s'est occupé de ces questions. Enfin, l'étude des membres complète cet ouvrage de plus de 3,300 pages.

En terminant, nous ne pouvons pas nous empêcher de souhaiter à cette seconde édition le succès de la première, succès qui n'est pas douteux, et cela malgré la quantité de livres de pathologie externe qui existent maintenant en France. Non seulement, en effet, le nom des auteurs est garant de la bouté de l'œuvre; mais encore la façon dont ce traité est compris lui donne une place toute trouvée entre les grands ouvrages qui s'adressent surtout à un public déjà instruit et les manuels qui, forcément enserrés dans des limites étroites, risquent toujours de rester incomplets.

La pathologie externe de Ricard et Bousquet, tenant le milieu entre les deux, satisfera certainement les exigences de l'étudiant et du praticien.

Eugène Rochard.

Traité de médecine, tome IV, par MM. Ruault, Brissaud, Le Gendre, Marfan et Netter. — Paris, G. Masson, 1893.

Dans ce volume, M. Ruault s'est chargé de traiter avec sa compétence habituelle les maladies du nez et du larynx. Il a su traiter d'une manière fort intéressante ce sujet un peu aride et a donné des troubles moteurs du larynx, des paralysies et une description destinée à devenir classique.

L'asthme a été décrit par M. Brissaud qui, au point de vue pathogénique, admet à la fois la théorie du spasme des bronches et celle du spasmedes muscles inspirateurs extrinsèques. Les deux n'en font qu'une, en effet, si, partant de la clinique avec Trousseau et Jacoud, on considère que le spasme bronchique peut parfois exister seul sans spasme musculaire extrinsèque et sans catarrhe, que ce dernier peut aussi exister seul et qu'enfin, dans des cas typiques, l'ensemble du syndrome est réalisé par des conditions pathogéniques humaines.

M. Le Gendre a écrit une monographie de la coqueluche, qu'il regarde comme une maladie infectieuse, bien que des recherches de contrôle soient encore nécessaires pour établir la spécificité des microbes décrits par Ajanasieff et Ritter. M. Le Gendre étudie avec grand soin le ou plutôt les traitements si variés de la coqueluche, et pour lui, en attendant qu'on ait trouvé l'antiseptique capable de tuer le microbe, il faut se résigner à faire au jour le jour la thérapeutique des symptômes et des indications.

C'est M. Marfan qui s'est chargé des maladies des bronches, des maladies chroniques du poumon et de celles du médiastin. Il a su porter la clarté dans le chaos des bron-

chites, et écrire cliniquement l'histoire de la phtisie pulmonaire. Le lecture des pages consacrées à cette dernière maladie prouvera qu'il est possible de rester médecin et praticien tout en se livrant aux travaux de laboratoire.

Ce volume se termine par l'exposé des maladies des plèvres et des maladies aiguës du poumon, dû à la plume autorisée de M. Netter.

On voit que ce tome IV du *Traité de médecine* forme un véritable traité des maladies des voies respiratoires; il est destiné à devenir classique et fait le plus grand honneur à ses auteurs.

De la fréquence des maladies vénériennes et des moyens de les faire diminuer, par le Dr A. Laurent. — Paris, J.-B. Baillière, 1893. — M. Laurent a été frappé de voir un grand nombre de vénériens dans la partie de l'armée qui habite le pays normand; la proportion de ces malades y serait plus grande que dans les autres régions de la France. Après avoir signalé les méfaits de la prostitution clandestine, l'auteur demande des lois nouvelles diminuant le nombre des débits, cabarets, etc., et interdisant la prostitution des filles mineures. Les préfets devraient avoir les pouvoirs suffisants pour imposer les mesures prophylactiques contre les maladies vénériennes.

Nous ajouterons qu'il serait désirable que les pouvoirs publics puissent imposer aux hôpitaux de province l'obligation de recevoir les vénériens comme tous les autres malades; à Neufchâtel-en-Brie, par exemple, la commission administrative leur refuse l'entrée des salles. Ce sont là, du reste, des mœurs d'un autre âge qu'il importe de faire disparaître au plus vite au nom de la santé publique.

COURRIER

Concours public pour la nomination a deux places de chirurgien du Bureau central. — Le registre d'inscription, ouvert le lundi 27 février 1893, sera clos le samedi 11 mars, à trois heures.

— Un concours pour la nomination de trois internes, à l'hôpital de Berck-sur-Mer, s'ouvrira le lundi 13 mars 1893, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 13 février 1893, de onze heures à trois heures, sera clos le mardi 28 février.

— M. le professeur Hardy a légué sa bibliothèque à l'hôpital Saint-Louis, dont il fut si longtemps un des maîtres les plus appréciés.

— M. le docteur Reclus a commencé ses cliniques, à l'hôpital de la Pitié, amphithéâtre n° 3, le jeudi 12 janvier 1893, et les continue tous les jeudis à la même heure.

Mardi et samedi, leçons cliniques au lit du malade.

— Le premier dîner statutaire, pour l'année 1893, de l'*Association de la presse médicale*, a eu lieu le 3 février 1893; 17 membres étaient présents à la réunion, que présidait M. le professeur Cornil.

Une question de la plus haute importance, le service militaire des étudiants en médecine, a été soulevée par M. le docteur Cézilly, et a provoqué une intéressante discussion à laquelle ont pris part MM. Cadet de Gassicourt, Lereboullet, Gouguenheim, Leblond, Laborde, de Ranse, Janicot et M. le Président.

Cette discussion s'est terminée par la nomination d'une commission chargée de soumettre à la bienveillante attention des commissions militaires du Sénat, de la Chambre des députés et de M. le ministre de la guerre la proposition suivante votée à l'unanimité des membres présents :

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecin,* leurs études médicales terminées ; ils devront être docteur ou interne nommé au concours dans une ville où siège une faculté, à l'âge de 27 ans. »

A titre de mesure transitoire, l'Association de la presse médicale a en outre émis à l'unanimité les vœux suivants :

« 1° Tout étudiant en médecine pourvu de treize inscriptions ou nommé au concours externe ou interne des hôpitaux fera son service militaire comme infirmier dans une ville où existe une faculté ou école de médecine ;

« 2° Tout médecin auxiliaire nommé au concours doit remplir réellement, pendant l'année qu'il passe sous les drapeaux les fonctions de médecin auxiliaire. »

— Les élèves et les amis de M. le docteur Dujardin-Beaumetz ont décidé de lui offrir une fête à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur. Cette fête aura lieu du 8 au 12 mars prochain.

Les adhésions et les cotisations (25 francs) doivent être adressées, avant le 10 février, à M. le docteur Bardet, 20, rue de Vaugirard ; à M. le docteur Dubief, 8, rue Taylor, ou à M. le docteur Thouvenaint, 66, rue de Rennes.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Sont promus ou nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin en chef de 1re classe, MM. les médecins en chef de 2e classe J.-B.-A.-M. Illy, L.-C.-V. Trucy.

Au grade de médecin en chef de 2e classe, MM. les médecins principaux B.-F. Serez, E.-E. Primet.

Au grade de médecin principal, MM. les médecins de 1re classe F.-J.-H.-F. Vaysse, H.-A. Drevon.

Au grade de médecin de 1re classe, MM. les médecins de 2e classe J.-P. Manin, J.-B.-L.-J.-F.-N. Touin.

Au grade de médecin de 2e classe, pour prendre rang de la date de son brevet, M. le médecin de 2e classe de la marine F.-M. Tréhen.

M. le médecin de 1re classe Caraës remplace, sur l'*Austerlitz*, M. le médecin de 1re classe Négadelle.

M. le médecin de 1re classe Castellan est destiné au *Sfax*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. H. Hallopeau.

ÉTUDE COMPARATIVE ET PATHOGÉNIE

DES DIFFÉRENTES FORMES DE TUBERCULOSE CUTANÉE

La tuberculose, comme les autres grandes maladies infectieuses chroniques, peut se traduire par des manifestations multiples et d'apparences très diverses : c'est dans ces derniers temps seulement que l'on est parvenu à les concevoir dans leur ensemble, et encore le tableau n'est peut-être pas complet.

De même que, pour la syphilis, il a fallu le travail de nombreuses générations pour arriver à reconnaître la nature et l'étroite parenté des formes morbides si multiples que revêt cette maladie, et surtout pour en distraire d'autres affections d'apparence semblable (nous citerons particulièrement parmi ces dernières, les chancres simples, les végétations, les roséoles médicamenteuses, les acnés, les lichen, les lupus et les épithéliomes); de même, il a fallu traverser de longues périodes d'incertitude et de ténèbres avant de savoir que les différentes formes de lupus, certaines gommes cutanées et ganglionnaires, certaines lymphangiectasies, une partie des tubercules anatomiques, le lichen scrofulosorum et aussi, selon toute vraisemblance, les lupus érythémateux sont des affections de nature tuberculeuse; ces progrès datent d'hier.

Nous nous proposons aujourd'hui, après avoir rappelé succinctement les caractères de ces diverses dermatoses, d'*exposer les faits qui conduisent à les considérer comme autant de manifestations de la tuberculose, dont le domaine s'agrandit ainsi notablement, et de montrer comment on peut s'expliquer la diversité de ces formes morbides.*

La peau peut être envahie *primitivement* ou *secondairement* par la tuberculose.

Elle est souvent intéressée *secondairement* par les *tuberculoses suppurées des ganglions* et des *os,* par les *gommes tuberculeuses sous-cutanées* si bien décrites par E. Besnier, ainsi que par les *lymphangites de même nature.* Chez un malade dont nous avons publié l'observation avec M. Goupil, les lymphangiectasies, d'abord circonscrites à la région du cou-de-pied, se sont ultérieurement compliquées de lymphangites ascendantes et d'ouverture, à la cuisse, de plusieurs gommes sous-cutanées. L'examen bactériologique et les résultats positifs des inoculations, pratiquées] par M. Jeanselme, en ont démontré la nature tuberculeuse.

Dans ces différents cas, la peau rougit, se tuméfie et s'ulcère, l'ulcération persiste, ses bords sont le plus souvent irréguliers, infiltrés et décollés; elle constitue un orifice fistuleux qui reste en communication avec la partie primitivement atteinte; elle ne *présente généralement aucune tendance à s'étendre;* la peau ne paraît alors participer que secondairement au processus morbide et, suivant le même mode, quel que soit le point de départ profond des altérations; sans doute, le processus phlegmasique, lié à ce travail d'ulcération secondaire, forme comme une barrière qui empêche les parties voisines du tégument d'être envahies par la tuberculose; peut-être aussi faut-il tenir compte des prédispositions locales des tissus : c'est là, comme nous le verrons, un facteur d'une importance capitale; il est possible que, chez le même sujet, les différentes parties constituantes du tégument externe ne soient pas des milieux favorables au développement de la tuberculose, alors que les parties sous-jacentes sont intéressées par cette infection.

Exceptionnellement, ces tuberculoses secondaires de la peau peuvent devenir le point de départ d'un lupus; ce fait a été mis en évidence par les observations de M. Jeanselme et confirmé par M. Leloir; nous verrons bientôt quel intérêt il présente au point de vue de l'interprétation des lésions lupiques.

D'autres fois, c'est une ulcération tuberculeuse développée sur une muqueuse auprès d'un orifice, le plus souvent la bouche ou l'anus, qui se propage à la peau circonvoisine; ici encore, il s'agit d'une lésion qui demeure limitée : c'est ce que l'on a appelé *tuberculose vulgaire de la peau*; ces ulcérations, de forme irrégulière, à bords inégaux, à fond anfractueux d'un rose pâle, parsemé parfois de granulations miliaires qui s'en détachent nettement et sont visibles à l'œil nu, ont de même peu de tendance à s'étendre; à l'encontre des tuberculoses primitives de la peau, elles restent limitées, entourées par une aréole d'un rouge sombre; cependant, on les a vues quelquefois, comme les tuberculoses profondes qui viennent s'ouvrir à la peau, devenir le point de départ d'un lupus (E. Besnier).

Parmi les tuberculoses *primitives* de la peau, il faut distinguer les *différentes formes de lupus vulgaire,* les *tuberculoses inoculées caractérisées par le développement soit d'un tubercule anatomique, soit d'une tuberculose verruqueuse*, le *lichen* dit *scrofulosorum* et, enfin, selon toute vraisemblance, les *différentes formes de lupus érythémateux.*

Le *lupus vulgaire* a pour lésion élémentaire un nodule dit tuberculeux, c'est-à-dire, suivant la définition de Leloir, n'offrant pas de tendance à se résorber ; il est remarquable par sa consistance molle, sa couleur plus ou moins semblable à celle du sucre d'orge, son siège dans les couches profondes du derme, sa saillie souvent peu prononcée et parfois nulle, son volume initial très petit, miliaire, sa tendance à se multiplier et à former ainsi des groupes qui méritent, suivant les cas, les étiquettes de circinés, serpigineux, en corymbes, etc.

Ces nodules peuvent, ou non, rester plans ou s'élever; ils peuvent, ou non, s'ulcérer et, dans ce dernier cas, s'étendre en profondeur ou en surface, s'accompagner ou non de végétations dermiques, d'où les noms de lupus non exedens ou exedens, rupioïde, vorax, serpigineux, végétant, éléphantiasique myxomateux, qui, suivant les cas, lui sont appliqués. Rien

de plus variable que la marche des lupus : tandis que, chez certains sujets, ils restent pour ainsi dire indéfiniment circonscrits à une même région, ils envahissent chez d'autres, soit toute la face, soit la plus grande partie d'un ou de plusieurs membres ; la tendance incessante à récidiver est un des caractères de cette affection.

Sa nature tuberculeuse ne peut plus faire aujourd'hui l'ombre d'un doute ; nous en avons pour preuves la constatation de bacilles caractéristiques dans les nodules lupiques et la transmission de la tuberculose aux animaux par l'inoculation de fragments de tissu lupique : les expériences de Koch et de Leloir sont, à cet égard, pleinement démonstratives. L'observation clinique confirme les données de l'expérimentation ; nous avons vu, en effet, que les ulcérations tuberculo-gommeuses qui se développent dans la peau consécutivement à la tuberculose osseuse ou ganglionnaire peuvent devenir, contrairement à la règle, le point de départ d'un lupus vulgaire : Ce fait, plus d'une fois constaté, ne suffit-il pas à établir la nature tuberculeuse de cette dernière affection? *Les lésions de ce lupus vulgaire siègent surtout dans le chorion et les radicules lymphatiques ; en règle générale le corps papillaire et les glandes n'y sont que peu ou point intéressés.*

La nature tuberculeuse de l'affection dite *tubercule anatomique* est également avérée, tout au moins pour un certain nombre de cas ; Leloir y a trouvé des bacilles et a obtenu, avec les inoculations de son tissu, des résultats positifs ; cet auteur pense, il est vrai, qu'il n'en est pas constamment ainsi et que des micrococci étrangers à la tuberculose peuvent donner lieu à cette même altération ; il y aura à établir un diagnostic différentiel entre ces deux espèces. L'histologie a démontré que le *tubercule anatomique a surtout pour siège le corps papillaire* ; il simule souvent un papillome.

Il en est de même de la dermatose décrite par Riehl et Paltauf sous le nom de *tuberculose verruqueuse de la peau* et que Vidal et Leloir avaient bien fait connaître déjà sous le nom de *lupus scléreux.* Elle siège le plus souvent aux extrémités des membres, dans des régions exposées aux inoculations ; de forme arrondie ou serpigineuses, ses placards s'étendent excentriquement, constitués, à la périphérie, par un liseré érythémateux non saillant, plus en dedans par des petites pustules très superficielles, ou par des croûtelles recouvrant la peau livide et infiltrée ; au centre, enfin, par une surface irrégulière d'où se détachent des saillies papillomateuses que surmontent souvent des productions cornées et que séparent des rhagades d'où la pression fait sourdre du pus ; plus tard, les excroissances s'effacent et font place à une cicatrice mince, d'aspect réticulé et exempte de nodules, preuve qu'il s'agit d'une affection distincte du lupus vulgaire. Ici, nous le répétons, *les lésions occupent surtout le corps papillaire.* L'histologie y démontre la présence, en quantité notable, de bacilles caractéristiques ; cette dermatose paraît être très analogue au tubercule anatomique.

Le *lichen dit scrofulosorum* est caractérisé par le développement de papules miliaires aplaties, peu saillantes, peu consistantes, d'un rouge plus ou moins vif, disposées en groupes parfois circulaires qui varient d'un à quatre centimètres de diamètre, surmontées souvent d'une petite squame, rarement d'une pustulette, légèrement prurigineuses et remarquables par leur persistance pendant des mois ou des années si le traitement n'intervient pas ; elles occupent surtout le tronc, mais peuvent aussi envahir les mem-

bres et le visages, *elles ont pour siège les glandes pilo-sébacées* ; jusqu'à ces derniers temps, on ignorait que cette dermatose fût de nature tuberculeuse et on l'a nié encore, dans une discussion qui a eu lieu l'an passé dans la société dermatologique de Vienne; cependant, Jacobi a publié, en 1891, un travail qui paraissait démonstratif à cet égard ; cet auteur a constaté, en effet, dans les papules de cette dermatose, des lésions très analogues à celles de la tuberculose et il y a rencontré des bacilles; on lui a objecté que ni ceux-ci ni celles-là n'étaient caractéristisques.

L'examen pratiqué par M. Darier sur une malade de notre service l'a conduit à des résultats analogues en ce qui concerne l'anatomie pathologique; suivant lui, l'histologie ne peut suffire à démontrer la nature tuberculeuse de cette éruption. La clinique nous a permis d'être plus affirmatif; nous avons reconnu, en effet, que, chez notre malade, les *papules de lichen scrofulosorum étaient groupées, aux membres inférieurs, autour de cicatrices de gommes tuberculeuses et d'une couronne de papules de lupus vulgaire entourant cette même cicatrice; on pouvait suivre ainsi le mode de progression de l'agent tuberculeux;* localisé d'abord dans le tissu cellulaire sous-cutané, il avait donné lieu ultérieurement à la formation de la cicatrice; puis l'agent infectieux, mis en contact avec le derme au moment où s'était produite l'ulcération, y avait pénétré et avait donné lieu d'abord à la formation des nodules lupiques; enfin, il s'était propagé aux glandes pilo-sébacées et avait amené ainsi le développement des papules de lichen scrofulosorum.

C'est seulement chez l'enfant que la tuberculose des glandes sébacées se traduit par cette éruption; chez l'adulte, elle donne lieu, suivant toutes probabilités, à la production des différentes formes de *lupus érythémateux*.

Ce lupus est caractérisé par la formation de placards rouges qui se dépriment et s'atrophient dans leur partie centrale généralement recouverte par des squames adhérentes; on peut constater simultanément des dilatations des orifices sébacés avec exagération de la sécrétion des glandes de même nom et accumulation de produits épidermiques grisâtres et plâtreux très adhérents. M. Besnier distingue plusieurs formes cliniques de lupus, sous les qualifications d'*érythémateux simple*, d'*exanthématoïde* de *pernio*, d'*acnéique* et d'*érythémato-folliculaire*.

Les lésions de cette dermatose paraissent bien être localisées surtout dans les glandes sébacées, bien qu'elles puissent s'étendre aux autres parties du derme et intéresser des régions où ces glandes font défaut (peut-être par l'intermédiaire des ferments solubles).

Pour ce qui est de sa nature tuberculeuse, elle est vivement contestée, mais nous pouvons dire, d'accord avec MM. Hutchinson, Renouard et Besnier, qu'elle est extrêmement probable; au Congrès de Vienne, MM. Bœck, Schiff, Jamieson et Brocq ont déclaré avoir tendance à accepter, au moins partiellement, cette manière de voir ; on peut invoquer surtout en sa faveur la coïncidence fréquente de cette dermatose avec les tuberculoses ganglionnaires et viscérales. M. Kaposi, adversaire de cette manière de voir, admet cependant que le lupus érythémateux s'accompagne plus souvent encore que le lupus vulgaire de diverses manifestations tuberculeuses; nous en avons publié avec M. Jeanselme un exemple des plus remarquables lors du dernier Congrès pour l'étude de la tuberculose; il est vrai que l'on n'a pu jus-

qu'ici découvrir le bacille dans les tissus atteint de ce lupus, ni obtenir de résultats positifs par les inoculations aux animaux; mais il n'est pas prouvé que toutes les formes de la tuberculose soient inoculables; il y a des formes atténuées de son agent infectieux. M. Arloing en a cité qui sont très difficilement transmissibles. Les faits cliniques nous paraissent assez démonstratifs pour que nous puissions maintenir notre interprétation malgré les résultats négatifs de l'expérimentation.

Nous avons passé en revue les différentes formes de la tuberculose cutanée : *comment concevoir qu'un même agent puisse se traduire par des manifestations aussi variées?* Les différences de localisation et de réceptivité nous paraissent jouer à cet égard un rôle prépondérant. Il est reconnu que la tuberculose évolue différemment suivant le tissu dans lequel elle se développe; celle du poumon diffère ainsi de celle des os et des méninges; il en est de même, comme l'a bien montré M. Dieulafoy, de celle du larynx. Or, la *peau*, malgré sa simplicité apparente, *est un organe complexe; on y distingue divers tissus dont chacun peut être influencé différemment par l'agent infectieux de la tuberculose et lui offrir ou non un milieu favorable; c'est là, suivant nous, qu'il faut chercher la cause des différences essentielles qui séparent les diverses formes de tuberculose pulmonaire*; ce n'est qu'une hypothèse, mais elle atteint un haut degré de probabilité, car elle est d'accord avec les faits et en fournit une explication satifaisante.

Nous avons vu que le *lupus vulgaire correspond à la tuberculose du chorion, que le tubercule anatomique et la tuberculose verruqueuse sont liées à la tuberculose du corps papillaire, que la tuberculose des glandes sébacées donne lieu, chez l'enfant, au lichen scrofulosorum, et, selon toute vraisemblance, chez l'adulte, au lupus érythémateux.* Ces différents tissus peuvent constituer, chez les différents sujets, des milieux de cultures favorables au développement de l'infectieux tuberculeux; il faut également tenir compte, à cet égard, du mode de pénétration de cet agent; il semble bien que l'inoculation directe se traduise le plus ordinairement, sinon constamment, par la tuberculose papillomateuse, ce qui se conçoit, puisque le corps papillaire se trouve le premier et d'ordinaire, sans doute, le seul atteint par le traumatisme infectant; au contraire, et pour la même raison, la tuberculose qui vient intéresser la peau de dedans en dehors consécutivement à une de ses localisations sous-jacentes, intéresse exclusivement, quand elle se propage, le chorion qu'elle rencontre en premier lieu; nous avons vu, en effet, qu'elle prend, en pareil cas, les caractères du lupus vulgaire; ce fait tend à établir que ce *lupus* est dû à *l'introduction de l'agent tuberculeux par une autre voie que la surface de la peau, et que, dans les cas où il n'est pas consécutif à une lésion sous-jacente, il est lié à l'importation du bacille par la circulation.*

D'autre part, *l'infectieux paraît se modifier en perdant de son activité* quand il se cultive dans la peau, et particulièrement dans le chorion et dans les glandes sébacées; en effet, les lupus sont difficilement inoculables, ils restent d'ordinaire très longtemps circonscrits et compatibles avec un état de santé générale satisfaisante, enfin on guérit, avec une facilité relative le lichen scrofulosorum.

On peut admettre que *l'agent infectieux agit surtout, le plus souvent, par les produits chimiques qu'il engendre*; il est possible que ces pro-

duits varient avec la localisation de l'agent; nous nous sommes à plusieurs reprises, et en particulier dans la deuxième session du congrès pour l'étude de la tuberculose, efforcés d'établir que les suppurations lupiques et les érythèmes du lupus érythémateux exanthématoïde ne peuvent guère s'expliquer que par l'action de ces produits, les résultats souvent négatifs des investigations au point de vue des microbes pyogènes et l'action pathogénétique des injections de tuberculine nous paraissent ne pouvoir laisser à cet égard de place à aucun doute.

On ne doit pas oublier, enfin, que *les modes de réaction des mêmes tissus varient du tout au tout suivant les sujets*, sous des influences encore indéterminées: on ne peut s'expliquer autrement comment la tuberculose du chorion peut se traduire par les formes si multiples et diverses dn lupus vulgaire.

Les faits que nous venons d'exposer montrent comment la clinique peut, avec le concours de l'histologie, de la bactériologie et de l'expérimentation auquel il faut joindre celui de la chimie biologique, permettre de concevoir à quelles différences de localisations, en relation avec les divers modes de pénétration de l'agent infectieux et de réceptivité, sont dues les manifestations si multiples de la tuberculose cutanée.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 février. — Présidence de M. Fernet.

Anesthésie hystérique généralisée

M. Raymond présente un homme de 32 ans, tailleur sur cristaux, qui, dans la nuit du 10 décembre dernier, avait été trouvé sans connaissance sur la voie publique et amené à l'hôpital.

Le malade est pâle, débilité, morne et apathique; il n'a cependant aucune maladie organique. En le faisant causer, on s'aperçoit bientôt qu'il a subi un amoindrissement de sa sphère psychique; son raisonnement est lent, sa mémoire infidèle, son élocution pénible. Il reste presque toute la journée couché, l'air triste et accablé; il lui est impossible de fixer son attention sur le moindre fait. Il a quelques hallucinations nocturnes, mais pas de délire.

La sensibilité cutanée est, chez lui, abolie *dans tous ses modes*. Ses muqueuses sont aussi complètement insensibles; il en est de même des parties profondes, muscles et articulations; il n'éprouve aucune douleur lorsqu'on lui tord violemment une jointure; il n'a aucune notion de la position qu'occupent ses membres dans l'espace, s'il ne les voit pas, ni des mouvements qu'on leur imprime; il ne sait pas davantage ce qu'il lui faut faire pour exécuter tel ou tel mouvement; en un mot sa conscience musculaire est totalement abolie.

De tous les sens spéciaux, il n'a conservé que la vue — avec un rétrécissement du champ visuel à 50° et de la dyschromatopsie pour le violet et pour le jaune — et l'ouïe, qui est assez fortement obnubilée. Le goût et l'odorat ont complètement disparu. Les

sensations internes sont tout au moins fortement amoindries; il ne sent pas la faim, il ne sent passer ni ses urines ni ses matières. Les réflexes sont cependant normaux; toutefois, le chatouillement de la plante des pieds ne provoque pas le retrait de la jambe et la titillation des fosses nasales n'amène pas l'éternuement. Les fonctions génitales peuvent encore s'accomplir. Il y a un affaiblissement général de la force musculaire; la contractilité électrique est normale, la sensibilité électrique a disparu. Pas de troubles trophiques. Pas de traces de syphilis.

La mère du malade était hystérique; ses frères et ses sœurs portent la marque d'une hérédité morbide. Quant à lui, dans son enfance il avait des cauchemars et était somnambule. Variole grave à 19 ans. A 24 ans, à la suite d'un violent chagrin, il commença à avoir des crises d'hystérie qui se sont renouvelées jusqu'à aujourd'hui.

Depuis son entrée à l'hôpital, il a eu cinq ou six crises convulsives, s'accompagnant parfois d'émission involontaire d'urine, mais jamais de morsures de la langue. Ces crises sont suivies de céphalalgie violente.

Ce malade n'est pas alcoolique, mais il s'est intoxiqué par le plomb dans le métier de tailleur sur cristaux, et il a eu plusieurs attaques de coliques saturnines.

Le diagnostic est facile : ce malade est un dégénéré; c'est, de plus, un hystérique, et sa névrose, à laquelle il était préparé par son hérédité et par son intoxication saturnine, a été vraisemblablement déterminée par une violente émotion.

A propos de ce malade, M. Raymond étudie l'*influence des sens sur les mouvements volontaires, et les relations de l'anesthésie hystérique avec l'intelligence, la volonté, la personnalité.* On ne peut exécuter un mouvement quelconque que si l'on est exactement renseigné préalablement sur la situation du membre à mouvoir, et si les sens permettent de suivre ultérieurement toutes les phases du mouvement; le toucher, le sens articulaire, le sens musculaire, la vue, l'ouïe se combinent donc de mille manières pour concourir à la précision des mouvements; si l'un de ces sens vient à faire défaut, les autres le suppléent de leur mieux.

Le malade n'a plus que deux sens à sa disposition; si on les lui supprime, il devient incapable de faire le moindre mouvement. Ainsi, les yeux fermés, il ne peut plus marcher, étendre le bras, ouvrir ou fermer la main, etc.; il est également incapable d'écrire à la craie sur un tableau si on lui bouche les oreilles, parce qu'il n'entend plus le bruit produit par la craie.

En outre, chez ce malade, presque toutes les excitations extérieures étant supprimées, si on lui supprime encore ce qui lui reste de vue et d'ouïe, on en fait un homme complètement privé de sensations. C'est là ce que l'on appelle en Allemagne, l'*expérience de Strümpell.* Le malade ayant les yeux bandés et les oreilles bouchées s'endort immédiatement. Est ce un sommeil naturel ou bien, au contraire, est-ce un état d'hypnose?

Chez un malade dont M. Ballet a publié l'observation l'année dernière, il s'agissait d'un sommeil hypnotique. Mais, dans le cas présent, M. Raymond pense que c'est un sommeil naturel, parce que le malade peut être réveillé simplement si on lui crie son nom à l'oreille et parce qu'il a pendant ce temps des rêves dont il conserve le souvenir à son réveil. En lui supprimant brusquement toutes ses sensations, on annihile complètement sa personnalité, déjà bien rétrécie, et l'on abolit chez lui l'*activité cérébrale qui constitue l'état de veille;* dès lors, il est en état de sommeil.

On peut influencer facilement les rêves du malade et provoquer des hallucinations dont il a la mémoire à son réveil. Ceci prouve bien, ainsi que M. Pierre Janet l'a montré dans ses conférences faites à la Salpêtrière, que l'anesthésie hystérique n'est pas absolue comme elle paraît l'être, et que les sensations élémentaires persistent et sont conservées par la mémoire, sans pourtant être conscientes.

L'anesthésie hystérique est donc une maladie de la personnalité; tous les troubles hystériques, d'ailleurs, anesthésie, amnésie, aboulie, sont sous la dépendance d'une lésion de la personnalité. Et, d'autre part, cela est bien net chez le malade de M. Raymond, l'anesthésie a sur la personnalité une influence considérable; en rétrécissant le champ sensoriel du malade, on rétrécit en même temps le champ de son activité volontaire. Il semble y avoir là, comme d'ailleurs bien souvent en pathologie, une sorte de cercle vicieux qui explique peut-être la ténacité désespérante de l'hystérie lorsque ses manifestations ont atteint une certaine étendue.

Lèpre probable sans anesthésie.

MM. Sevestre et Méry présentent un enfant qui offre des lésions intéressantes du système musculaire et des nerfs périphériques.

L'affection a débuté il y a trois ans, à la fin de 1889; en une année s'est produite une atrophie musculaire presque généralisée très marquée et accompagnée, dès la fin de 1890, de rétractions tendineuses extrêmement prononcées; des troubles trophiques divers sont apparus depuis cette époque, gonflement des extrémités osseuses articulaires, pemphigus des extrémités digitales, adhérences avec rétraction de la peau en certains points.

L'atrophie musculaire généralisée est symétrique; cependant quelques parties sont moins atteintes, surtout au membre inférieur les pieds et les jambes, de même la figure. Cette atrophie musculaire est accompagnée de rétractions, particulièrement au niveau des fléchisseurs des doigts, qui déterminent l'attitude de griffe des mains, ainsi qu'aux genoux qui sont toujours dans la demi-flexion.

Les muscles de la fesse, le triceps crural sont particulièrement atrophiés. Un fait contraste avec cette atrophie si prononcée, c'est la facilité avec laquelle le petit malade exécute tous les mouvements, pourvu que la rétraction ne les empêche pas mécaniquement.

Les nerfs du bras présentent des deux côtés un épaississement avec renflements fusiformes très marqués; cet état moniliforme, surtout marqué sur le médian, existe également sur le cubital.

On retrouve le même aspect, les mêmes nodules au niveau des nerfs sous-cutanés de la cuisse et de la jambe. Aux membres inférieurs la peau présente des dépressions avec adhérences, comme si elle était attirée vers les parties profondes par des faisceaux scléreux du tissu sous-cutané. A la partie inférieure de la fesse, en dehors du grand trochanter, existe une dépression profonde en coup de hache. En quelques points, au niveau des parties adhérentes, la peau est décolorée. La sensibilité est absolument conservée, il existe plutôt de l'hyperesthésie.

En raison de l'état moniliforme des nerfs, des troubles trophiques (pemphigus), des caractères spéciaux de l'atrophie musculaire, il paraît permis de penser qu'il s'agit là d'un cas de lèpre nerveuse, anomale en ce qu'il n'existe pas d'anesthésie.

M. Brocq : L'absence d'anesthésie ne permet pas, dans ce cas, de porter le diagnostic de lèpre, à moins, toutefois, que l'on ne trouve des bacilles de Hansen dans les nodosités des nerfs.

MM. Raymond et Marie pensent qu'il s'agit, chez le petit malade de M. Sevestre, d'une amyotrophie réflexe consécutive aux lésions articulaires et osseuses que l'on constate chez cet enfant.

M. Rendu appuie le diagnostic de M. Sevestre; une amyotrophie réflexe n'expliquerait pas les nodosités nerveuses. Toutefois, il faut aussi penser à la possibilité d'une tuberculose; car, chez les enfants, certaines formes de tuberculose chronique donnent naissance à des nodosités nerveuses.

M. THIBIERGE : Dans la lèpre, les nodosités des nerfs sont fusiformes ; chez ce petit malade, elles sont arrondies et on a la sensation d'un ganglion.

Période de contagion des oreillons

M. RENDU vient d'observer deux faits de *contagion des oreillons* qui permettent de résoudre le problème de la durée d'incubation de cette affection et du moment où elle est le plus sûrement transmissible.

Une dame voit, le 2 janvier, une de ses parentes; elle la trouve simplement « mal en train »; le lendemain, 3 janvier, cette parente avait les oreillons. Le 21 janvier, la dame est prise de malaises, et le lendemain elle a les oreillons. Dans son entourage, personne n'était atteint de cette affection.

La contaminatien, dans ce cas, s'est donc faite à une période où la fluxion parotidienne ne s'était pas encore produite.

Dans un second fait, qui se rapporte à un enfant de dix ans, il a suffi d'un contact de quelques heures à peine pour transmettre le germe de la maladie; et cette transmission a eu lieu à un moment où la maladie était absolument latente.

Ces deux faits prouvent que la contagiosité des oreillons s'exerce à la fin de la période d'incubation, comme cela a lieu presque toujours, sinon toujours, pour la rougeole. Le germe contage, quel qu'il soit, se transmet très vraisemblablement par l'haleine expirée.

M. SEVESTRE appuie les conclusions de M. Rendu; il a aussi observé plusieurs faits de contagion s'étant produits avant l'apparition de la fluxion parotidienne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 février 1893. — Présidence de M. DARESTE.

SOMMAIRE : La formule urinaire de l'hystérie. — Exophtalmie volontaire. — La pathogénie du diabète. — Le pouls lent permanent. — Phlébite traumatique de la jambe droite, œdème réflexe de la jambe gauche.

A propos du procès-verbal, M. FÉRÉ répond à la note de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau sur la formule urinaire de l'attaque d'hystérie. Pour lui, la formule que ces auteurs ont établie n'est pas spéciale à l'hystérie et ne se trouve pas chez tous les hystériques. C'est une erreur de dire qu'il n'y a que des aliénés à Bicêtre; des hystériques et des épileptiques ordinaires y sont hospitalisés.

— M. SERGENT présente un malade âgé de 44 ans qui, depuis l'âge de 7 ans, a une exophtalmie de l'œil gauche; quand il se penche, son œil devient saillant, et il en est de même quand il fait un effort. Cette exophtalmie, volontaire pour ainsi dire, est de nature veineuse, ainsi que le prouvent les effets de la compression de la jugulaire; trois observations analogues ont déjà été publiées. Pendant l'exophtalmie, la vue est trouble, mais il n'y a pas de lésion du fond de l'œil. Le malade de M. Sergent présente de plus une fonte du tissu cellulaire de l'orbite.

— Les travaux de MM. Von Mering et Minkowsky sur le diabète expérimental ont déterminé M. CHAUVEAU à reprendre, avec la collaboration de M. Kauffmann, ses recherches déjà anciennes sur le mécanisme du diabète. Le sucre est constamment en rénovation dans le sang; il se forme dans le foie et se détruit dans les capillaires de la circulation générale. Dès 1856, M. Chauveau a montré qu'il y a plus de glycose dans le sang artériel que dans le sang veineux, et cette découverte a été attribuée à tort à

Cl. Bernard. Ce dernier croyait de plus que, en dehors de la digestion, il n'y avait pas de sucre dans la circulation générale. M. Chauveau a prouvé qu'au contraire, le sucre est un élément constant de tout le sang. Le sucre ne se détruit pas dans le poumon, mais dans les capillaires de la circulation générale.

Que devient la destruction du sucre dans les troubles de la glycémie? Elle se fait toujours de la même façon, qu'il s'agisse d'hyperglycémies dépendant de lésions expérimentales du système nerveux ou de l'extirpation du pancréas. Toujours il y a plus de sucre dans le sang artériel que dans le sang veineux.

Donc, dans ces hyperglycémies, il y a trouble dans la production et non dans la destruction du sucre.

— M. Laborde montre un lapin qui, depuis quinze mois, présente des mouvements de manège, un entraînement de la tête en arrière et des troubles trophiques de la peau. Il est probable qu'il s'agit d'une production parasitaire occupant le pédoncule cérébelleux inférieur et probablement le pédoncule cérébral.

— MM. Vaquez et Bureau présentent des tracés sphygmographiques et cardiographiques recueillis sur deux malades atteints de pouls lent permanent. Dans les deux cas, le pouls oscillait entre 22 et 25 pulsations, et la maladie s'accompagnait des symptômes habituels (syncope, crise épileptiforme, etc.). Chez l'un des malades, au moment des accès syncopaux, l'intervalle entre deux pulsations atteignait parfois 8 secondes. Les tracés permettent de constater qu'il existe entre deux systoles ventriculaires vraies, des contractions isolées de l'oreillette auxquelles correspondent des soulèvements manifestes de la jugulaire, tandis que le système artériel n'est le siège d'aucune pulsation. Cette dissociation du rythme cardiaque se retrouve également sur les tracés obtenus à la suite de l'excitation expérimentale du pneumo-gastrique, et cette analogie a déjà été signalée en 1883 par M. Chauveau.

Les tracés recueillis par MM. Vaquez et Bureau au laboratoire de M. Franck sont absolument semblables à ceux que leur ont fournis leurs malades ; mais, si la dissociation du rythme cardiaque est surtout manifeste lorsqu'il s'agit d'excitation du bout phériphérique du pneumo-gastrique, on peut voir que l'excitation du bout central peut aussi reproduire le même phénomène. Ainsi donc, en clinique, ce ne sont pas seulement les lésions qui atteignent soit directement le bulbe, soit le pneumo-gastrique dans son trajet qui seront capables de déterminer l'apparition du pouls lent permanent, mais aussi bien toutes les excitations qui portent sur les terminaisons du nerf (contusions du plexus solaire, troubles gastriques, lésions cardiaques, etc.). La pathogénie du pouls lent permanent, qui paraît aujourd'hui si complexe, serait donc ramenée à une conception plus simple. Comme M. Charcot l'a montré, c'est toujours par l'intermédiaire du bulbe que la maladie se trouve constituée, mais les troubles qui la déterminent peuvent porter leur effet, soit directement sur le bulbe, soit sur le pneumo-gastrique, et aussi bien sur son trajet centripète que sur son trajet centrifuge.

— Dans une communication faite récemment à l'Académie des sciences dit M. Vaquez, M. le professeur Ranvier signale un curieux effet des réflexes vasculaires. L'injection d'une goutte d'essence de moutarde dans le sac lymphatique sous-cutané de la jambe d'une grenouille produit une congestion intense de la patte correspondante, tandis que l'autre patte abdominale s'anémie. Relatant d'autres expériences analogues, M. Ranvier pense que certains fait de la pratique médicale doivent pouvoir s'expliquer par des phénomènes sympathiques ou réflexes de même ordre. M. Vaquez a recueilli une observation curieuse de nature semblable.

Un malade entra en décembre 1892 à la Charité pour des accidents de phlébite. Celle-ci était d'origine traumatique. Le sujet ayant été atteint du choléra, on lui avait

fait des injections intra-veineuses de sérum dans la veine saphène du côté droit. Quinze jours après, environ, il commença à ressentir des douleurs de ce côté et le long du trajet de la veine. Ces douleurs s'atténuèrent assez rapidement. Elles reparurent aussi violentes trois semaines plus tard, c'est ce qui le détermina à entrer dans le service. On put constater une phlébite des plus caractérisées à la saphène interne droite, sans œdème de la jambe avec induration sur le trajet du cordon veineux. Mais on ne fut pas peu surpris de voir que la jambe gauche était le siège d'un œdème marqué remontant jusqu'à la partie moyenne du mollet. Cet œdème était apparu brusquement en même temps que la jambe droite devenait douloureuse. Du côté gauche, on ne constatait aucune douleur, aucune oblitération veineuse, et l'œdème disparut très rapidement en quatre ou cinq jours, tandis que la phlébite droite continuait d'évoluer. Il n'y avait d'ailleurs, dans l'état général du sujet ni dans aucune altération locale, rien qui pût expliquer ce phénomène; on est donc autorisé à invoquer des troubles vasculaires réflexes analogues à ceux décrits par M. Ranvier et à ceux que l'on observe après la compression des veines d'une oreille chez le lapin.

— M. Raphaël Dubois lit une note sur l'influence du système nerveux sur la calorification chez les animaux hibernants, et expose ensuite ses recherches sur la peste des écrevisses.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du jeudi 9 février 1893. — Présidence de M. Lailler.

A propos du procès-verbal, M. Hallopeau est revenu sur le **diagnostic de la lèpre et de la morphæa alba plana.** L'examen des biopsies pratiquées chez la malade qui a été présentée comme atteinte de morphæa alba plana a été fait par M. Jeanselme; ses résultats ont été négatifs au point de vue du bacille de la lèpre. Les partisans de l'hypothèse qui tendrait à identifier les deux maladies pourraient, il est vrai, invoquer la possibilité d'une localisation du parasite dans les nerfs trophiques, mais les caractères cliniques suffisent à montrer que cette supposition est erronée; on ne retrouve, en effet, dans la lèpre maculeuse, ni la conservation de la sensibilité, ni l'induration ligneuse, ni la pigmentation consécutive à l'achromie, ni la restitution *ad integrum* des parties malades; il faudrait admettre une lèpre modifiée au point d'être complètement méconnaissable; aucune raison plausible ne peut être invoquée en faveur d'une telle hypothèse. Si les troubles trophonévrotiques de la morphæa alba plana sont liés à la présence d'un parasite, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas du bacille de Neisser, car celui-ci donne lieu à de tous autres accidents.

— La séance a été levée ensuite, en signe de deuil, à l'occasion de la mort du professeur Hardy.

COURRIER

Congrès français de chirurgie. — Les deux questions mises à l'ordre du jour de la session sont : I. Les tumeurs fibreuses de l'utérus. — II. Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.

La séance d'inauguration aura lieu le lundi 3 avril 1893, à deux heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

— M. Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a été désigné par ses collègues pour remplacer M. Horteloup comme membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

— Un concours pour les emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 8 mai 1893.

Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au samedi 8 avril 1893, de onze heures à quatre heures, avenue Victoria, n° 3.

— Après la lecture du rapport de M. Polaillon sur les candidats au titre de correspondants étrangers de l'Académie de médecine, la liste de présentation a été dressée de la façon suivante :

En première ligne ; M. Mac Cornac (de Londres) ;

En deuxième ligne : M. Tilanus (d'Amsterdam) ;

En troisième ligne, *ex æquo* : MM. Durante (de Rome) et Esmarck (de Kiel).

— L'Académie de médecine a reçu une lettre de M. Landouzy, candidat à la place laissée vacante, dans la section de pathologie médicale, par la mort de M. Villemin.

— Le Congrès de chirurgie allemand tiendra sa 22e session annuelle à Berlin, le 12 avril, sous la présidence du professeur König.

— Les Universités suisses comptaient, l'année dernière, 432 étudiantes sur un nombre total de 3,152 étudiants. Ces étudiantes étaient ainsi réparties par Facultés : philosophie, 254; droit, 8; médecine, 170. Parmi elles on comptait 219 étrangères, dont 149 Russes, 23 Allemandes et 10 Bulgares, presque toutes étudiantes en médecine. Il est probable que le nombre des étudiantes allemandes s'accroîtra d'une façon notable, car on a créé à Weymar un collège (gymnasium) de jeunes filles. Les femmes qui s'adonnent, en Allemagne, aux études supérieures, embrassant surtout la profession médicale, il est probable que cette profession, déjà très encombrée, va l'être encore plus. (*Revue scientifique.*)

Ecole de médecine de Caen. — M. le professeur Bourrienne est prorogé dans ses fonctions de directeur de l'Ecole.

— M. le docteur Thoinot a été envoyé par le ministre de l'intérieur à Marseille, afin de prendre les mesures nécessaires contre le choléra.

Nécrologie. — MM. les docteurs Papillon, inspecteur du service de santé militaire; Sourier, médecin principal en retraite; Collas, aide-major à Toul; Gamet (de Pont-de-Roide); Guillaumon (de Saint-Laurent-des-Hormes); Veniel (de Croizilles); Petiteau (des Aubiers).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HYGIÈNE

L'alcoolisme et l'impôt sur les boissons

Parmi les projets de loi que la Chambre des députés a pris en considération dans ces derniers temps, il en est un qui intéresse tout spécialement l'hygiène; c'est celui qui concerne l'impôt sur les boissons et, comme il va bientôt être discuté au Sénat, devant lequel il doit revenir en même temps que la loi de finances, c'est le moment de s'en occuper.

Depuis longtemps, les hygiénistes réclament le dégrèvement des boissons fermentées, dont l'usage est salutaire, comme le vin, la bière et le cidre, et proposent, pour rétablir l'équilibre budgétaire, de surtaxer l'alcool, qui est un poison. L'honneur d'avoir porté, pour la première fois, la question devant les pouvoirs publics revient à M. le docteur Théophile Roussel, auquel l'hygiène est redevable de tant de services. En 1872, il proposa à l'Assemblée nationale cette importante réforme, et peu s'en fallut qu'il ne réussît à la faire accepter. Depuis cette époque, on en a souvent fait ressortir les avantages dans les Congrès et dans les Sociétés d'hygiène; j'en ai souvent parlé moi-même dans des rapports et des conférences (1), et j'en ai fait l'objet d'un long article dans la *Revue des Deux Mondes* (1). Enfin, nous avons cru récemment toucher au port. La Chambre des député a voté, à une imposante majorité, le dégrèvement complet des boissons hygiéniques; mais, au moment de réaliser la seconde partie du programme, elle a hésité devant la surtaxe qu'elle avait d'abord acceptée et devant le privilège des *bouilleurs de cru*, qui a été défendu avec toute l'ardeur des intérêts privés.

Ce privilège exorbitant consiste, comme on le sait, dans l'exemption de l'*exercice*. Tandis que les fabricants d'esprits d'industrie, ceux qui produisent l'alcool de betteraves, de pommes de terre, de riz, de maïs, etc., sont soumis au contrôle permanent et à l'inspection des agents des contributions indirectes qui tiennent registre de la production, de la vente, et font porter les droits sur les sorties, les *bouilleurs de cru*, c'est-à-dire les propriétaires qui fabriquent les eaux-de-vie de fruits, qui distillent les vins, les cidres, les marcs pour en retirer l'alcool, ceux-là ne sont soumis à aucune inspection, à aucun contrôle, ils ne subissent pas l'*exercice*. Ils peuvent consommer leurs produits dans leurs établissements sans acquitter les

(1) Jules Rochard : Rapport sur l'alcoolisme lu à l'Académie de médecine le 6 juillet 1886. — Les intoxications volontaires. Conférence faite au Trocadéro, le 8 juin 1889.

(1) Jules Rochard : L'alcool, son rôle dans les Sociétés modernes. Numéro du 15 avril 1886.

droits et ne payent l'impôt que sur les quantités qu'ils vendent. Je reviendrai plus loin sur les fraudes que facilite ce privilège inexplicable.

Bien que la Chambre n'ait pas été jusqu'au bout de ses résolutions, il faut lui savoir gré d'avoir supprimé les impôts qui pesaient sur les boissons hygiéniques dont l'usage est indispensable aux travailleurs; mais, pour que cette mesure soit salutaire, il est indispensable de faire en sorte que ces liquides ne soient pas falsifiés comme ils le sont aujourd'hui, et surtout qu'on ne les vine pas avec les alcools toxiques et à bas prix qui nous viennent d'Allemagne. Je reviendrai, dans un autre article, sur les falsifications qu'on fait subir au vin et à la bière; je ne veux m'occuper, aujourd'hui, que de l'alcool, car c'est le véritable ennemi de la santé publique et le fléau des sociétés modernes.

L'ivrognerie est un vice de tous les temps; mais l'alcoolisme appartient à notre époque. Il est né avec la fabrication des alcools d'industrie, qui ne remonte pas à plus de cinquante ans, mais qui a décuplé depuis. En 1885, lorsque Claude (des Vosges) présenta au Sénat son remarquable rapport sur la consommation de l'alcool en France, le chiffre accusé par l'Administration des Contributions indirectes, comme ayant payé l'impôt, s'élevait, cette année-là, à 1,444,342 hectolitres et avait produit 238,330,000 francs de droits. Si l'on joint, à la production régulière, la quantité qu'y ajoute la fraude et qui est à peu près égale, d'après les évaluations les plus modérées, on arrive à 2,500,000 hectolitres d'alcool consommés par an, et nous sommes loin de marcher en tête. Toutes les nations du nord de l'Europe en boivent deux, trois ou quatre fois davantage. La progression va croissant depuis la France, dont la consommation officielle est de 3 litres 80 par an et par tête, jusqu'au Danemark, où elle s'élève à 16 litres 51.

Partout aussi cet horrible vice fait des progrès rapides. Les journaux d'hygiène de tous les pays du Nord les signalent. En Angleterre, il se épand parmi les femmes avec une activité déporable. Le nombre de celles qui sont arrêtées pour ivresse a doublé depuis dix ans. L'an dernier, à Londres seulement, il a dépassé 8,000; à Glascow, il s'est élevé à 10,500; à Dublin, on arrête en moyenne, chaque année, 10,000 femmes pour ivresse; il y en a qui sont à leur trente-quatrième emprisonnement. De pareils chiffres donnent à réfléchir; ils signalent une des plaies sociales les plus graves, un des dangers les plus sérieux qui menacent les populations.

L'aliénation mentale, le suicide et les crimes augmentent rigoureusement dans la même proportion que la consommation de l'alcool. L'alcool peuple les bagnes, les maisons de fous et les hôpitaux; il mine, il déshonore et avilit les familles; il atteint la race dans sa source même, en préparant, par l'hérédité, des recrues pour l'armée du vice et du crime. Indépendamment de ces dégradations et de ces hontes, il coûte à la France un milliard et demi par an, ainsi que je l'ai prouvé par des chiffres puisés aux sources officielles et par des calculs que personne n'a démentis (1)

Les alcools d'industrie ne sont pas seulement dangereux en leur qualité de produits enivrants, ce sont des poisons d'autant plus nuisibles qu'ils sont moins bien rectifiés. Ils renferment tous, indépendamment de l'alcool *étylique* qui en forme la base et qui est le moins redoutable, des

(1) Jules Rochard : *Traité d'hygiène sociale*; Paris 1888, p. 682.

alcools dits *supérieurs*, en raison de leur poids moléculaire. Ce sont les alcools *propylique*, *butylique*, *isobutylique*, *amylique* auxquels se joignent des produits encore mal déterminés, comme le *furfurol*. On est parvenu, par les distillations fractionnées, à les débarrasser de la majeure partie de ces éléments toxiques, et on peut arriver à les purifier complètement par des rectifications plus soignées. On obtient même l'alcool *étylique* presque pur en se servant du riz et du maïs et en n'employant que des ferments de premier choix; mais ces procédés coûtent cher et, d'ailleurs, l'alcool *étylique* lui-même n'est pas inoffensif, puisqu'il amène l'ivresse rapide et brutale à laquelle tous les désordres énumérés plus haut doivent être imputés. Il est moins toxique que les alcools supérieurs, et tue moins vite ceux qui en font abus, mais voilà tout.

Ce n'en est pas moins un devoir pour l'Etat de veiller à la pureté d'un produit de cette importance. On a proposé, pour faciliter sa tâche, de lui donner le monopole de la fabrication ou tout au moins de la rectification des alcools. J'ai déjà combattu cette idée lorsqu'elle a été soutenue par le professeur Alglave au Congrès d'hygiène de Genève en 1882 (1), et je n'ai pas changé d'avis depuis cette époque. L'intervention de l'Etat dans les questions économiques est toujours fâcheuse. C'est bien assez qu'il soit chez nous débitant de tabac et marchand d'allumettes, sans qu'il aille encore se faire cabaretier. Il ne serait pas sans danger, du reste, de remettre entre ses mains une industrie aussi importante. D'ailleurs, le monopole ne touche qu'un petit côté de la question. Puisque l'alcool *étylique* le plus pur est encore un poison, ce qu'il faut faire avant tout, c'est d'en restreindre la consommation.

Je ne peux pas ici passer en revue la longue série des remèdes qu'on a proposés pour combattre l'alcoolisme; je n'en examinerai qu'un seul, le plus pratique et le plus efficace à mes yeux, celui que la Chambre a failli adopter, que le Sénat rétablira peut-être, c'est-à-dire l'élévation des droits. Il n'est pas d'impôt plus légitime que celui qui pèse sur un vice; il n'en est pas de plus salutaire. Si la consommation reste la même, c'est le fisc qui en bénéficie; si elle diminue, c'est la santé publique qui en profite.

L'argument qu'on a toujours opposé à cette mesure, celui qui a prévalu au sein de la Société d'économie politique, lorsque la question y a été agitée, sur la proposition de M. Léon Say (2), cet argument est le suivant : l'élévation des droits ne diminue pas la consommation et augmente la fraude. La première assertion est invraisemblable et démentie par les faits, la seconde n'est pas sans réplique.

En jetant les yeux sur les statistiques des Etats du Nord de l'Europe, où, comme nous l'avons vu, la consommation de l'alcool est excessive, on reconnaît qu'elle est en rapport inverse du chiffre de l'impôt qu'il supporte. En France même, il me serait facile de prouver qu'il en a toujours été ainsi. On ne comprendrait pas, d'ailleurs, que l'élévation des droits ne diminuât pas la consommation. Elle n'a atteint son chiffre formidable que depuis l'époque où l'industrie est parvenue à produire l'alcool à vil prix. Les gens

(1) M. Alglave avait exposé son système dans la *République française* (numéro du 2 juin 1880). Il l'a développé plus tard dans le journal *le Temps*.

(2) Séance du 5 janvier 1885.

qui ont cette passion boivent tant qu'ils ont de l'argent. Dans les provinces fortement teintées en rouge sur les cartes de Lullier et de Claude (des Vosges), la plupart des ouvriers habiles et bien rétribués ne travaillent que le nombre de jours nécessaires pour se procurer l'argent qu'il leur faut pour s'enivrer le reste de la semaine. Plus le prix de la journée s'élève et plus le nombre des jours de travail dimininue.

L'argument tiré de l'augmentation de la fraude ne me paraît pas plus irréfutable. On le mit en avant lorsque la loi du 1er septembre 1871 porta les droits de 90 francs l'hectolitre à 150 francs ; on le reproduisit de nouveau lorsque celle du 30 décembre 1873 l'éleva à 156 fr. 25, et, dans les deux cas, l'événement n'a pas justifié les craintes des administrateurs. L'assemblée nationale y mit bon ordre en imitant l'Angleterre. Elle donna aux nouveaux tarifs l'appui d'une législation énergique. Les contraventions furent punies par des amendes allant de 500 à 5,000 francs et par des emprisonnements de dix jours à six mois. L'application rigoureuse de cette pénalité eut bientôt découragé les fraudeurs. Lorsque je m'occupai de la question, en 1886, je consultai, sur ce point, l'ancien directeur général des douanes, le regretté M. Amé, et l'avis qu'il m'exprima fut le suivant : Le taux actuel des tarifs est assez élevé pour donner à la fraude toute l'activité qu'elle peut avoir. Elle n'augmenterait pas d'une manière sensible quand on doublerait les droits. L'administration des tabacs en a fait depuis longtemps l'épreuve. Les droits qui grèvent ce produit sont trois fois plus forts que la valeur de la matière première et la fraude ne dépasse pas le vingtième de la consommation. Or celle-ci s'élève à 36,020,985 kilogrammes qui coûtent à l'Etat 36,231,635 francs, et qu'il revend 368,493,970 francs (1), c'est-à-dire dix fois plus qu'ils ne lui coûtent. Cet exemple suffit, ce me semble, pour rassurer les esprits timides.

Toutefois, si l'on veut sérieusement remédier à la fraude, il faut commencer par supprimer le privilège des bouilleurs de cru qui contribue puissamment à l'alimenter. Il leur a été enlevé en 1872 et c'est en 1875 seulement que l'Assemblée le leur rendit, au moment de se séparer, malgré l'expérience concluante des trois années précédentes. Depuis cette époque, les hygiénistes ont toujours demandé qu'on supprimât de nouveau ce privilège injustifiable. La Chambre des député a failli le faire cette fois, mais elle a reculé au dernier moment. Espérons que ce n'est que partie remise. On comprend, en effet, combien cette production sans contrôle, cette consommation intérieure donne de facilité pour la fraude, et celle qui s'opère de ce chef coûte, dit-on, à l'Etat, une centaine de millions par an.

En somme, l'alcoolisme est un fléau si menaçant qu'on ne saurait lui opposer des digues trop puissantes. Les sociétés de tempérance, les conférences, les petits livres ne sont pas à dédaigner, mais l'élévation des droits sur l'alcool est un remède plus prompt et plus sûr, à la condition qu'on l'appuie sur une répression énergique de la fraude et sur une application rigoureuse de la loi de 1873 sur l'ivrognerie ; mais la vigueur et l'énergie ne sont pas des vertus de notre époque et peut-être vaut-il mieux se borner à réclamer une surtaxe qu'il suffit d'un vote pour imposer.

Jules ROCHARD.

(1) Chiffres se rapportant à l'année 1888.

Un cas de troubles graves survenus dans l'évolution dentaire, chez un malade atteint de malformation congénitale du maxillaire supérieur,

Par le Dr Eug. Regnauld, prosecteur de la Faculté.

Au mois de juillet dernier, j'ai pu observer un cas intéressant de troubles dans l'évolution de la seconde dentition, survenus chez un individu atteint de malformation congénitate du maxillaire supérieur.

Ce malade vint me consulter pour une suppuration persistante consécutive à une ablation dentaire. Voici les faits tels qu'il me les raconta : deux ans auparavant, étant encore au lycée, il fut pris brusquement de névralgies intenses dans la moitié gauche de l'arcade dentaire supérieure avec ébranlement de la seconde incisive gauche.

Le dentiste du lycée crut avoir affaire à une périostite alvéolo-dentaire, et, sans avoir antisepsié ni la bouche ni les instruments, fit l'extraction de cette dent.

Il y eut cessation des douleurs. Trois mois après, un abcès se forma au niveau de l'alvéole évacuée, en même temps que la première incisive devenait à son tour mobile et douloureuse. Un nouveau dentiste conclut à la propagation à cette alvéole d'un foyer purulent développé primitivement au niveau de la dent arrachée. La première incisive fut extraite à son tour Des lavages au chlorure de zinc furent faits par cette nouvelle voie dans l'espoir de tarir cette suppuration.

Le traitement n'amena aucun résultat. De nouveaux abcès se formèrent, s'ouvrirent à la face interne de l'arcade, et laissèrent à leur suite un trajet fistuleux.

C'est dans ces conditions que le malade vint me trouver. Il présentait une étroitesse considérable de la voûte palatine, et, sur la ligne médiane, l'arcade dentaire était interrompue par un sillon profond correspondant à l'union des deux lobules incisifs. Le lobule du côté gauche présentait une légère torsion suivant son axe vertical, en même temps qu'on pouvait constater une certaine mobilité suivant l'axe antéro-postérieur. Son extrémité la plus interne était cachée sur une étendue d'un demi-centimètre environ.

A la place des incisives extraites, existait une vaste poche purulente, dont le contenu s'évacuait par les alvéoles, et par un trajet fistuleux situé à la face interne de l'arcade dentaire.

Un stylet successivement introduit par chacune de ces voies donnait la sensation d'un corps dur, de consistance rappelant celle de l'os normal.

Dans ces conditions, je proposai au malade d'ouvrir la paroi externe de l'alvéole, ce qui me permettrait d'attaquer à coup sûr la cause de cette suppuration intarissable.

Assisté du dentiste qui avait soigné le malade jusque-là, et d'un de mes confrères, je fis l'opération suivante. Après avoir insensibilisé la muqueuse gingivale par des injections interstitielles de cocaïne, je circonscrivis, sur toute la hauteur des alvéoles correspondantes, un large lambeau. Je fis l'hémostase à l'aide d'une solution d'antipyrine au 1/10.

Le lambeau gingival très récliné en haut, je fis sauter la paroi externe de l'arcade alvéolaire, à l'aide du ciseau et du maillet. Je trouvai, non pas un

débris de racine, comme on aurait pu le supposer, mais une dent complètement enclavée dans le tissu osseux, et dirigée parallèlement à la surface dentaire. La racine venait au contact de la canine, tandis que sa couronne correspondait à la fissure congénitale. A l'aide du ciseau et du maillet, je libérai toute la périphérie de la dent; je pus introduire un levier et l'énucléer de la loge qu'elle occupait. Je grattai toute la cavité des alvéoles avec une petite cuillère tranchante, et je fis un drainage sur la paroi interne de l'arcade, à l'aide d'une anse de crins de Florence.

Je touchai toutes les surfaces avec une solution de chlorure de zinc au 1/80, ne cherchant à faire aucune réunion du lambeau gingival que son propre poids ramenait au contact des parois voisines. Je prescrivis au malade de faire dans la journée de fréquents lavages, avec une solution chloratée au 1/100. Trois jours après, je pus enlever les crins qui formaient drainage et la cicatrisation fut bientôt complète.

Cette opération m'a paru présenter un certain nombre de points intéressants :

1° L'ébranlement successif de deux incisives, provoqué par l'évolution anormale d'une dent venant envahir la partie radiculaire des alvéoles, constitue un fait assez rare pour nous expliquer l'hésitation du diagnostic commise précédemment;

2° Les phénomènes de suppuration provoqués par une intervention faite avec des instruments non antisepsiés, ont donné un caractère particulier à l'évolution de ce processus morbide;

3° Quelle était la provenance de cette dent, cause primitive des accidents? Etait-ce une persistance anormale des dents de lait, qui aurait empêché celles de seconde dentition de pousser régulièrement ?

C'est une question qu'il nous est difficile de résoudre, n'ayant pu avoir aucun renseignement sur les caractères anatomiques des dents arrachées préalablement? Etait-ce, au contraire, une dent surnuméraire développée dans le bourgeon incisif?

Albreght en a signalé la production dans les cas de bec-de-lièvre. Là encore, je ne puis être aussi affirmatif que je le voudrais, cet auteur ne disant pas si les incisives surnuméraires ainsi développées appartenaient à la première ou à la seconde dentition.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène

Epidémie de choléra à l'asile des aliénés de Bonneval

M. Brouardel tient à résumer l'histoire de cette épidémie, qu'il a observée avec M. Thoinot, et dont l'étiologie est remarquable, puisque l'eau n'a joué aucun rôle dans sa diffusion. M. Brouardel l'appellerait volontiers une épidémie de contacts.

Le 18 juillet 1892, trois cas de choléra éclataient simultanément dans l'asile, au milieu de la santé la plus parfaite, sans aucun accident prémonitoire quelconque. L'épidémie dura un mois. Elle cessa complètement le 16 août, après avoir atteint 56 pensionnaires et en avoir tué 34.

L'asile comptait, le 18 juillet, 288 aliénés femmes, 195 aliénés hommes, 80 personnes attachés aux divers services, en tout 543 individus.

Les aliénées seules furent atteints. Il y eut 52 malades dans les quartiers des femmes et 4 dans ceux des hommes. Ces derniers cas apparurent presqu'à la fin de l'épidémie, 2 le 1er août, 2 le 2 août.

En laissant à part les 4 cas qui atteignirent les hommes, et qui tous furent mortels, il y eut, sur 288 femmes, 52 malades, soit une morbidité de 18 0/0, et comme sur ces 52 malades 30 ont succombé, la gravité s'exprime par le chiffre de 57,7 0/0.

Etiologie de l'épidémie. — L'asile est situé sur la rive gauche du Loir, en aval de la petite ville de Bonneval. Il comprend : 1° le corps de l'asile ; 2° un pensionnat situé sur une petite colline, à plus de 300 mètres du corps de l'asile, dont il est séparé par un petit bras du Loir. Ce pensionnat a servi de lazaret.

L'asile proprement dit est constitué par quatre grands corps de bâtiments formant carré et circonscrivant une cour intérieure. Toute la partie gauche est destinée aux aliénés hommes et toute la partie droite aux aliénés femmes.

L'eau potable alimentant l'asile a, en apparence, des origines diverses :

a. Il existe d'abord une pompe sur le Loir qui alimente les bains, la cuisine et les robinets des préaux.

b. L'eau donnée aux repas provient d'un puits situé dans la cour d'honneur, et il en existe plusieurs autres dans l'intérieur de l'asile. C'est de l'eau d'infiltration de la rivière.

Le système des vidanges est celui des tinettes mobiles, et les matières servent à faire de l'engrais.

Aliénés hommes et aliénés femmes sont rigoureusement séparés. Dans chaque quartier il y a plusieurs sections, et les malades d'une section donnée n'ont aucune communication avec ceux de la section voisine. Il n'existe d'autres rapports que le passage d'un malade d'une section dans l'autre.

Le personnel est absolument distinct pour le quartier des hommes et pour celui des femmes. Aux hommes, il y a des surveillants et des gardiens ; aux femmes, des sœurs et des gardiennes.

La formule pour les rapports du personnel est la suivante; elle donne la clef des règles qui ont présidé à la diffusion de l'épidémie. Le personnel des gardiens du côté des hommes ne communique pas avec le personnel du quartier des femmes. Dans chaque quartier, le personnel vit, mange et couche dans la section d'aliénés à laquelle il est affecté à l'exception des sœurs qui vivent en communauté.

Mais tous les surveillants et gardiens de la division des hommes communiquent librement entre eux; de même toutes les gardiennes de la division des femmes communiquent librement entre elles. Les sœurs communiquent librement à la communauté et sont à tout instant en rapport avec les gardiennes.

Il convient de n'acepter la formule de l'absence de communication absolue entre les personnels attachés à chacune des deux divisions que sous la réserve suivante : les serviteurs des deux divisions peuvent se rencontrer à la cuisine, le concierge et sa femme forment des intermédiaires qui peuvent transmettre aux uns les germes apportés par les autres à la cuisine ou à la loge.

Les gardiens et les gardiennes, enfin, sortent et fréquentent en ville.

L'épidémie débuta le 18 juillet par 1 cas dans la section des tranquilles, et le fléau se répandit en quatre jours dans toutes les sections de la division des femmes et sévit sur elles jusqu'au 16 août. Le 1er et le 14 août, il y eut 4 cas dans la section des hommes et l'épidémie en resta là pour cette division.

Pourquoi l'épidémie a-t-elle eu cette marche si particulière?

On ne peut invoquer une reviviscence de germes antérieurs, et ces germes ne pouvaient venir de l'eau d'alimentation le quartier des femmes à peu près seul ayant été pris.

Une seule hypothèse est satisfaisante : apport direct de germes dans la division des femmes où le choléra devait fatalement irradier dans toutes les directions.

En effet, au moment précis où allait éclater l'épidémie dans l'asile, il y avait eu apport de germes dans la ville de Bonneval.

Le 7 juillet 1892, à Epinay-sur-Seine, tombait malade, d'une atteinte cholérique, une dame Papion; elle succomba le 9 juillet et fut enterrée le 10. Cette femme et son mari avaient leur famille à Bonneval et à Auneau.

Dès le 8 juillet, à la nouvelle de sa maladie, sa belle-mère, Mme Papion, se rendit de Bonneval à Epinay; elle était accompagnée de la sœur de Mme Papion, d'Epinay.

Le 9 juillet, la malade d'Epinay recevait la visite de Mme Ridereau habitant Auneau et belle-sœur de la malade.

Le 1er juillet, enfin, M. Papion père partait de Bonneval pour aller à Epinay assister à l'enterrement de sa belle-fille; il laissait une autre fille à Bonneval.

Le 10 juillet, toute la famille revint d'Epinay à Bonneval ramenant l'enfant de la défunte, âgé de 5 jours, qui succomba le 10 juillet à une diarrhée, soit athrepsique, soit cholérique.

Mme Ridereau s'arrête à Auneau le 10, revient à Bonneval le 11, dans sa famille, chez M. Papion. Le 14, elle repart pour Auneau, malade, et elle succombe, le 18, à une attaque cholérique.

La présence du germe cholérique, à Bonneval, chez M. Papion est prouvée par tous ces faits, et il est passé à l'asile de la manière suivante : la jeune fille, qui n'avait pas accompagné sa famille à Epinay, s'était trouvée pendant six jours en contact avec des germes cholériques apportés par ses parents. Or, cette jeune fille était employée dans un magasin d'objets divers (mercerie, épicerie, etc.) que visitent souvent les serviteurs de l'asile et qui, de plus, approvisionne de menus objets le concierge cantinier.

Les germes cholériques ont donc pu être recueillis à la loge-cantine et transportés dans la division des femmes par quelque fille de service. Ils ont pu, d'autre part, être pris directement au magasin où était employée la fille de M. Papion.

Mesures prophylactiques. — Les malades ont été isolées à 300 mètres de l'asile, dans le pensionnat, et le personnel de service aux cholériques rigoureusement consigné dans ce lazaret. Une désinfection minutieuse fut faite à l'étuve, aussitôt un cas déclaré, des vêtements, du linge et de la literie de la malade; le sol des quartiers, les parquets des dortoirs étaient largement désinfectés chaque jour.

Le personnel de service dans la divison des femmes reçut l'ordre de ne quitter ni l'asile ni même la division.

Dès que le choléra apparut dans la division des hommes, le personuel fut tout aussitôt consigné dans les quartiers, et toutes les précautions d'isolement et de désinfection appliquées avec rigueur.

Les matières cholériques, rigoureusement désinfectées, furent profondément enfouies, avec de la chaux, dans les champs de la rive droite du Loir, qui ne fut pas infecté.

Des mesures prophylactiques bien prises, bien appliquées permettent donc de circonscrire une épidémie de choléra dans un foyer primitif.

Mais, sauf des cas exceptionnels, l'hygiène, toute-puissante, si on prévient de suite l'autorité sanitaire, voit son intervention aboutir à un échec presque certain, quand une ville, par un intérêt mal compris, laisse naître et se développer une épidémie.

Étant donnés les moyens dont on dispose actuellement, la prophylaxie du choléra se résume en une phrase : Déclaration immédiate des premiers cas, même lorsqu'ils ne sont que suspects.

— M. LAGNEAU présente à l'Académie le rapport, fait à la Chambre des députés par M. Langlet, sur le projet de loi relatif à la protection de la santé publique.

Du traitement des tumeurs de la vessie

M. BAZY. Depuis l'année 1882 qui marque l'époque où M. Bazy, le premier en France, a appliqué aux tumeurs de la vessie un traitement rationnel et efficace, jusqu'à aujourd'hui, il s'est efforcé d'apporter à ce traitement des modifications et des perfectionnements qui soumettent l'intervention, dans ce cas, à des règles fixes et précises.

M. Bazy a dû remonter le courant des idées établies et enseignées, d'après lesquelles on devait considérer les tumeurs de la vessie comme des *noli me tangere*. L'importance et le nombre des travaux parus depuis son premier travail sur ce sujet montrent tout l'intérêt de la question.

Toute tumeur peut être opérée: un grand nombre doit l'être — les indications sont la douleur, les envies fréquentes d'uriner, les hématuries, la rétention d'urine.

L'opération peut être palliative ou curative. L'opération palliative que M. Bazy a indiquée le premier est l'établissement d'un méat artificiel analogue à l'anus artificiel dans les cancers du rectum.

La meilleure voie pour l'opération est celle qu'il a indiquée à l'encontre de sir H. Thompson, qui avait préconisé la voie périnéale; c'est la voie hypogastrique.

M. Bazy est intervenu dans 15 cas : le plus jeune de ses opérés avait 32 ans, le plus âgé 75 ans.

Chez le malade de 75 ans, il n'a pas fait la taille; ce malade était porteur d'un calcul vésical qu'il allait lithotritier lorsqu'il s'est aperçu que de grosses villosités se détachaient par la seule injection; il a alors fait un grattage sérieux de la vessie à travers les voies naturelles, et a pu amener au dehors un grand nombre de ces villosités. La suite lui a prouvé qu'il avait bien fait, car ce malade n'a plus eu d'hématuries.

Tous les autres ont subi la taille hypogastrique. Le meilleur mode opératoire est l'exerèse totale de la tumeur au bistouri, et cette exerèse peut s'étendre à tous les points des parois vésicales, zone extra-urétérale, zone urétérale. Ces idées ont été adoptées, du reste, par tous les chirurgiens.

Quel que soit le siège du néoplasme, il ne paraît pas nécessaire à M. Bazy de toucher à la ceinture osseuse du bassin, pas plus qu'on ne le fait dans les laparotomies pour lésions des annexes ou dans les hystérectomies. C'est une complication opératoire inutile et dangereuse ; la section de l'un ou des deux muscles droits suffit toujours.

L'inversion peut être utile mais n'est pas nécessaire. La suture des bords de la perte de substance résultant de l'ablation du néoplasme doit être faite autant que possible, mais la rapidité de l'opération ou le siège urétéral de la perte de substance peut nécessiter une suture incomplète. Il pourra être utile, pour la rapidité et la sécurité de l'opération, de laisser des pinces à demeure et de faire le tamponnement de la vessie.

La suture de la vessie est recommandable toutes les fois qu'elle peut être faite; mais, même quand on la fait, l'emploi des tubes siphons de M. Périer paraît à M. Bazy pouvoir être rejeté sans danger.

Le chlorhydro-sulfate de quinine.

M. Laborde, au nom de M. Grimaud et au sien, entretient l'Académie de ce nouveau sel de quinine à deux acides différents. Ce sel se dissous dans son poids d'eau à la température ordinaire, ce qui le rend très maniable pour les injections hypodermiques, d'autant plus que ces dernières ne sont pas douloureuses. Pour le même poids le chlorhydro-sulfate comprend la même quantité de quinine que le sulfate médicinal cristalisé ; il a cliniquement au moins la même efficacité que ce sel.

Essai d'une classification des matières albuminoïdes.

M. Gaube divise les albumines en trois classes : 1° albumines chlorurées ; 2° albumines carbonatées ; 3° albumines phosphatées, et admet la plus grande fréquence des albumines chlorurées.

Obstruction intestinale par calcul biliaire. — Laparomtoie.

M. Terrillon a eu à donner ses soins à une personne de 46 ans, souffrant depuis longtemps de coliques hépatiques et qui, depuis cinq jours, présentait des accidents d'obstruction intestinale. Dès le début de ces accidents, le médecin traitant avait senti une tumeur dans la fosse iliaque droite, et, au moment où M. Terrillon vit la malade, il existait une rénitence profonde et une douleur plus marquée dans la même région. Le traitement médical étant resté sans résultat, le ventre fut ouvert sur une ligne correspondant à peu près à celle de l'incision pour la ligature de l'iliaque externe et la tumeur fut attirée au dehors. Elle était retenue à l'intérieur de l'intestin grêle au niveau du point où il s'abouche avec le cœcum. Après avoir fait une ponction exploratrice à l'aide d'une aiguille de Pravaz, M. Terrillon fit une incision longitudinale sur l'intestin et put enlever un calcul biliaire qui obstruait comme un coin l'orifice de la valvule iléo-cœcal. Le bout supérieur de l'intestin était rempli de matières qui furent évacuées. La plaie intestinale fut fermée par trois plans de sutures à la soie fine et actuellement la malade, bien qu'ayant eu une assez longue convalescence est entièrement guérie.

Le calcul avait 5 centimètres de long et présentait un sillon circulaire à une de se extrémités.

Pouzet et Thiriar ont publié des cas analogues.

Elections.

MM. Mac Cormac et Tilanus sont élus correspondants étrangers.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 février 1893. — Présidence de M. Hallopeau.

La réaction du rectum

Le milieu rectal est-il acide, alcalin ou neutre? Les physiologistes diffèrent beaucoup d'opinion sur ce point, et M. Catillon soutient, pour mettre tout le monde d'accord, que la réaction est tantôt acide, tantôt alcaline. Il fait cependant remarquer qu'il a pu faire absorber par le rectum d'un chien de l'albumine mélangée à de la pepsine sans addition d'acide; cette absorption n'aurait pu se faire si le rectum avait été alcalin.

Le benzo-paracrésol et le paraphénétol carbamide

Le benzo-paracrésol, que présente M. Petit, est un corps facile à préparer, bien défini, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther, et peut être regardé comme un bon antiseptique.

Atténuation des propriétés irritantes de l'acide tartrique.

M. Hallopeau a réussi à empêcher l'action irritante de l'acide tartrique utilisé localement dans les dermatoses en se servant, comme excipient, de l'huile ou de la glycérine.

Les propriétés atténuantes de la glycérine s'exercent aussi sur l'acide phénique, et l'action médicatrice n'est pas diminuée.

Par contre, la glycérine n'atténue pas l'action caustique de l'acide acétique ou de la créosote.

Il y a déjà longtemps que M. Vigier a montré que le sublimé incorporé à la glycérine perdait une grande partie de sa nocuité. D'autre part, M. Crinon rappelle que l'acide phénique en solution dans l'alcool à 90° n'est pas caustique ; ce n'est que sur la peau mouillée que cette solution est douloureuse.

Le paraphénétol carbamide, soluble dans l'eau et dans l'alcool, donne au liquide une saveur sucrée aussi marquée que la saccharine ; sa saveur est plus agréable que celle de cette dernière. Il est formé par la combinaison du cyanate de potassium et du chlorhydrate de phénétidine et a reçu le nom de dulcine.

M. C. Paul rappelle que la saccharine est un bon antiseptique buccal. La dulcine jouit-elle de cette propriété ?

La Narcéine

M. C. Paul considère la véritable narcéine comme étant insoluble et inactive. Cl. Bernard, dans ses expériences, employait un alcaloïde qui n'a pu être retrouvé : il était plus soporifique et moins toxique que la morphine.

Pour M. Bardet, le corps étudié par Cl. Bernard était complexe ; quant à la narcéine actuelle, il a pu en absorber 1 gramme sans remarquer aucun effet.

COURRIER

Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Ce prix, d'une valeur de 1,000 francs, sera décerné en 1894 au meilleur mémoire sur la question suivante : « Traitement chirurgical du cancer de l'estomac. » Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 31 janvier 1894, limite de rigueur. Les membres associés résidant de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

— M. Dupuy, ministre de l'instruction publique, a proposé hier à la commission du budget, qui l'a approuvé, d'insérer dans la loi de finances pour 1893 une disposition accordant la personnalité civile au groupement des Facultés siégeant dans une même ville, sans que cela porte atteinte à la personnalité civile que chaque Faculté possède déjà isolément.

Le conseil général des Facultés de chaque groupement administrerait le budget commun.

Cette mesure, d'après le ministre, ne préjuge pas la solution de la question de créa-

tion des Universités, car elle a été réclamée au Sénat même par les orateurs opposés à la création des Universités.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — La commission du *prix Godard*, composée de MM. Cornil, Duflocq, Achard, Klippel et Thiéry, a proposé de partager le prix entre MM. Létienne et Dagron.

— D'après l'*Indian medical Record*, il est mort en quatorze ans, de 1877 à 1890, un total de plus d'un million de personnes par le choléra dans le Bengale seul.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Queirel est nommé professeur de clinique obstétricale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. le professeur Herpin est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire. M. le professeur Courbon est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

— D'après la *Riforma medica*, il y aurait, en Italie, pléthore de médecins, et à Naples, entre autres grandes villes, on compterait un médecin pour 510 habitants. Aussi, de toutes les professions libérales, la médecine y est-elle la moins productive au point de vue pécuniaire.

HÔPITAUX DE GRENOBLE. — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira, dans cette ville, le 6 novembre 1893.

— Un service clinique de gynécologie vient d'être créé dans les hôpitaux de Bruxelles. M. le docteur E. Rouffart est nommé titulaire de cette clinique.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — *Liste d'embarquement des médecins de 1re classe.* — *Brest :* MM. 1. Danguillecourt; 2. Le Franc; 3. A. Reynaud; 4. Guézennec; 5. Dubut; 6. F. Kergrohen; 7. Vergos; 8. Négadelle. — *Lorient :* MM. 1. Durand; 2. Bahier; 3. Colle; 4. Nodier; 5. Thamin; 6. Ropert. — *Rochefort :* MM. 1. Chasseriaud; 2. de Gouyon de Pontouraude; 3. Dufour; 4. David; 5. Chevalier; 6. Bellot; 7. Julien-Laferrière; 8. Mialaret; 9. Morain; 10. Gorron; 11. Touchet; 12. Palmade; 13. Lassabatie; 14. Planté. — *Toulon :* MM. 1. Prat; 2. Buisson; 3. Cartier; 4. Durand; 5. Féraud; 6. Gauran; 7. Ourse; 8. de Bonadona; 9. Amouretti; 10; Cauvet; 11. Aubert; 12. Pons; 13. Jabin-Dudognon; 14. Durbec; 15. Boutin; 16. Couteaud; 17. Théron.

MUTATIONS. — M. le médecin de 1re classe Reynaud va servir comme médecin-major au régiment d'artillerie de marine, à Lorient; M. le médedin de 1re classe Le Denmat est désigné pour servir au Bénin.

— M. le médecin de 2e classe Castex est désigné pour servir sur la canonnière le *Corail*, au Bénin; M. le médecin de 2e classe Fossard est désigné pour embarquer sur la *Naïade*.

— M. le médecin de 1re classe Pons embarque sur le *Vauban*, en corvée, en remplacement de M. Prat; M. le médecin de 1re classe L. Aubry est destiné au *Faucon*, dans l'escadre de la Méditerranée.

M. le médecin de 2e classe Bonnain est désigné pour embarquer, en qualité de médecin-major, sur l'aviso la *Mouette*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — Le docteur Paul Reclus.

DE L'EXTIRPATION DES CANCERS DU RECTUM

Au point de vue thérapeutique, on peut diviser les cancers du rectum en deux catégories : d'une part, les néoplasmes petits, mobiles, contenus encore dans l'épaisseur des tuniques intestinales et, par conséquent, sans adhérence aucune avec les régions voisines ; d'autre part, les tumeurs volumineuses, mal circonscrites, ayant déjà débordé le rectum pour plonger leurs racines dans les organes d'alentour, vagin et utérus, prostate et vessie, parois du petit bassin. Je désire, en m'appuyant sur quelques faits de ma pratique, vous démontrer que, pour les cancers du premier groupe seuls, l'opération radicale, l'extirpation peut donner quelques bons résultats, et je me réserve d'étudier, dans une autre conférence, quels moyens palliatifs opposer au néoplasme du second groupe.

Les procédés pour attaquer les cancers petits et mobiles varient suivant le siège de la tumeur, et nous devons séparer les néoplasmes du segment inférieur que peut atteindre, par le toucher rectal, le doigt du chirurgien, de ceux qui sont implantés au-dessus de l'ampoule. L'intervention, pour les premiers, est évidemment plus simple ; elle consiste dans l'ablation directe de la masse morbide qu'on enlève jusqu'aux tissus sains. Ce sont là les

FEUILLETON

La nouvele ortografe.

Le monde des érudits, et personne n'ignore que les médecins en font partie, se préoccupe vivement, depuis une quinzaine de jours, d'un projet de réforme de l'orthographe proposé par M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, à l'Académie française, au nom d'une commission dont il est le rapporteur.

Ce n'est pas la première fois qu'on s'en prend à notre vieille orthographe. Depuis Voltaire, bien des tentatives ont été faites pour la modifier ; aucune d'elles n'a réussi. Cependant, l'Académie française, avec l'audace primesautière dont elle a l'habitude, a décrété, en 1878, la suppression d'une des deux H dans les mots *phthisie*, *rhythme*, *ophthalmie*, *aphthe*, etc. M. Gréard va bien plus loin, et propose une simplification bien autrement radicale. Il commence par supprimer l'Y, cette lettre parasite qui ne signifie rien, puis il remplace le Ph (le φ des Grecs) par l'F, le Th (θ des Grecs) par le T ; il fait disparaître les lettres doubles des mots où elles sont inutiles, et les accents graves dans

seuls préceptes et nous n'avons à indiquer aucun manuel opératoire spécial. Parfois, la tumeur est circonférencielle et, avec le néoplasme, on enlève la totalité du sphincter. Dans ce cas, à la place d'un orifice anal rétractile, la cicatrisation laisse un infundibulum qu'obture un bourrelet de muqueuse prolabée qui s'ulcère souvent et d'où s'écoule du mucus analogue à l'albumine de l'œuf. Et puis, inconvénient plus grave, les gaz s'échappent à tous propos et hors de propos, et même les matières lorsqu'elles sont liquides. Il y a là un inconvénient, mais les opérés qui viennent d'échapper, par l'intervention, à toutes les difficultés et à toutes les douleurs que provoquait le passage des matières fécales au travers de la filière cancéreuse, aux épreintes et aux ténesmes, aux constipations opiniâtres et aux débâcles, ne songent guère à se plaindre de cette infirmité et se félicitent de l'opération.

D'autant que l'extirpation du sphincter n'est pas toujours totale: les deux extrémités du segment de muscle conservé, s'unissent par un tissu cicatriciel, et reconstituent un anneau qui supplée en partie à l'organe entier, et vraiment l'incontinence ne se révèle que dans des circonstances exceptionnelles. Plusieurs de mes opérés « prévoyaient » l'arrivée des gaz et savaient prendre quelques précautions pour que leur sortie ne fût pas trop intempestive; quant aux matières, elles ne jaillissent à l'improviste que si elles sont liquides; aussi, en temps de diarrhée, les malades devront-ils « se garnir » pour éviter une inondation. Mais, au demeurant, les inconvénients sont moindres qu'on ne se l'imagine et l'extirpation des cancers mobiles de la région ano-rectale, serait une bonne opération, n'était la fréquence de la récidive. La statistique de Kœnig, qui n'est pas des plus mauvaises, accuse 26 repullulations plus ou moins rapides sur 29 opérés, soit, environ une guérison sur dix. Ce n'est pas brillant, mais cette proportion suffit d'autant plus à nous encourager que l'intervention, dans ces petits cancers mobiles de la région ano-sphinctérienne, n'est maintenant suivie que d'une mortalité insignifiante.

J'ai, pour ma part, enregistré deux succès : au commencement de l'année

---

les mots *où*, *là*, etc. Le savant recteur de l'Académie de Paris s'appuie sur l'exemple des Allemands, des Italiens et des Espagnols, qui ont depuis longtemps renoncé à ces scrupules étymologiques. Il ne voit pas pourquoi les Français conserveraient seuls cette superstition de l'orthographe. Le mot est joli, mais je le trouve irrévérencieux. Je ne suis pas, je l'avoue, très sympathique à cette innovation. J'estime que la langue française est une grande dame avec laquelle il ne faut pas prendre de libertés, même dans ses moyens d'expression; or, si je n'avais pas autant de respect que d'admiration pour M. Gréard, je dirais qu'il est en train de lui chiffonner quelque peu sa collerette, et, certes, elle ne devait pas s'attendre à de pareilles privautés de la part de l'écrivain disert, du linguiste accompli pour lequel elle n'a jamais eu de secrets.

Ce qu'il y a de terrible dans une pareille voie, c'est qu'on ne sait où s'arrêter. Sans doute, M. Gréard ne va pas jusqu'au *phonétisme*, mais d'autres y iront après lui. L'idée d'écrire comme on parle est très séduisante pour ceux qui ne savent ni écrire ni parler; mais on arrive ainsi très vite à l'orthographe fantaisiste et bigarrée des cuisinières, et, véritablement, je ne vois pas bien l'avantage qu'il pourrait y avoir à ce que les hommes instruits écrivissent comme les cochers de fiacre, et réciproquement.

Ces réserves faites, comme l'*Union médicale* est un journal de progrès, il ne doit pas

dernière, j'ai opéré un vieillard de 72 ans qui portait, dans le segment postérieur de la région ano-rectale, une tumeur du volume du poing, et qui remontait jusqu'à l'ampoule, en oblitérant par ses saillies mamelonnées le trajet sphinctérien. Je dus, pour dépasser les limites du mal, extirper les deux tiers postérieurs du sphincter et ouvrir, à droite et à gauche, la fosse ischio-rectale. Je pus mobiliser la muqueuse de l'intestin et l'abaisser assez pour l'unir, par des points de suture, à la peau péri-anale, reconstituant ainsi un orifice d'abord large et béant, mais que la rétraction cicatricielle resserra. Au bout de trois semaines, l'état de la région était parfait; mais, au bout d'un mois et demi, survenait la récidive, et le malade m'arrivait de Versailles, où je l'avais opéré, avec une tumeur du volume d'un œuf; je l'extirpai à la cocaïne; je refis une suture; en quinze jours, la guérison était complète; elle s'est maintenue depuis, et notre malade nous écrivait récemment pour nous exprimer sa reconnaissance.

Je puis citer un autre fait où l'ablation remonte à plus de cinq ans. Il s'agit d'un propriétaire de 62 ans que soignait le professeur Bouchard pour des accidents diabétiques légers, et que j'opérai au mois de novembre 1887. Il portait, dans la région anale, un cancer épithélial qui avait envahi la moitié environ du trajet sphinctérien, où il remontait à la hauteur de 4 centimètres. J'en pratiquai l'extirpation large, et, après une hémostase soignée, j'attirai en bas pour la suturer à la peau, la muqueuse échappée vers l'ampoule. La réunion immédiate ne se fit qu'en partie, par suite des mauvaises conditions que créait le diabète. Mais la cicatrisation complète, pour être retardée, n'en fut pas compromise, et, au bout de trois semaines, notre opéré regagnait Senlis. Ici, le sphincter est presque suffisant, et il n'arrive pas trois fois l'an au malade de voir s'échapper involontairement les matières par l'anus. C'est un superbe succès à l'actif de l'extirpation, dont le bénéfice n'est pas discutable.

Donc, pour ces cancers mobiles à implantation basse, pas de doutes possibles, et l'extirpation est indiquée. Elle l'est encore lorsque le cancer siège plus haut, à bout de doigt, au-dessus de l'ampoule, dans la partie moyenne,

---

se montrer indifférent à une réforme qui intéresse surtout les médecins, puisque ce sont eux qui font le plus grand usage de ces mots étymologiques où fourmillent les lettres inutiles. Nous allons donc, à l'exemple du professeur Charles Richet (1), donner à nos lecteurs un spécimen de la façon dont s'écriront, vraisemblablement, bientôt les journaux de médecine; seulement, nous serons encore plus novateurs que lui; nous ne nous contenterons pas de deux réformes, nous appliquerons toutes celles que propose M. Gréard, et que l'ombre de Cadmus, fils d'Agénor, nous protège.

Profilaxie de la ftisie. — La ftisie n'est pas une maladie nouvèle; mais, au lieu de s'afaiblir, ele acroit ses ravages et nous ne somes plus asez filosofes pour nous y résigner. Depuis que Vilemin a prouvé qu'ele était transmissible et que Koc a découvert son bacile, on peut se flater d'ariver contr'ele à une profilaxie rationele.

Le vrai moien, le moien éroïque consisterait à procéder à l'abatage en mase des ftisiques oficielement reconnus tels. Cela a été proposé, m'a-t-on dit, dans les sales de garde par des jeunes gens d'avenir; mais on a trouvé ce moien trop radical, et on se borne a tacher d'empêcher les baciles d'entrer dans le corps des gens. Il s'y glisse par

---

(1) Charles Richet : *Fisiologie* (*Revue scientifique* du 11 février 1893, p. 175.)

ou même dans le tiers supérieur du rectum. Mais le manuel opératoire diffère : on a bien pratiqué l'ablation pure et simple de toute la partie du rectum qui comprend le cancer et la partie saine sous-jacente, mais les délabrements sont énormes et la perte de substance laisse un vaste infundibulum suppurant, une plaie ulcéreuse envahie par la récidive bien avant que la cicatrisation complète soit obtenue. On essayait bien d'attirer en bas la muqueuse péniblement mobilisée pour la suturer à la peau ; mais, sous des tractions trop énergiques, les fils ne tenaient pas et les insuccès ont été très nombreux. Pas un de nous qui n'en ait enregistré quelques-uns même dans l'hypothèse où je me place : cancers haut situés, mais encore mobiles, sans adhérences à la prostate et à la vessie chez l'homme, au vagin et à l'utérus chez la femme.

Aussi a-t-on imaginé de nombreux procédés pour opérer ces cancers. Bardenheuer propose une longue incision postérieure et médiane qui part de l'anus, et remonte au-dessus du coccyx, que l'on résèque, au-dessus même de la partie inférieure du sacrum, que l'on abrase transversalement. Par cette large brèche, et aidé d'un doigt introduit dans le rectum, on libère cet organe en arrière et sur les côtés. Lorsque la mobilité est bien obtenue, on sectionne le rectum ou tissu sain au-dessous de la tumeur; on décolle, de bas en haut, le bout supérieur; on le sépare en avant du feuillet péritonéal, on sectionne son méso pour lui permettre de descendre, puis, après avoir extirpé la tumeur, on suture, avec les précautions ordinaires, les deux bouts de l'intestin; on conserve ainsi le sphincter et le malade ne serait plus soumis à tous les désagréments de l'incontinence des matières fécales.

L'opération préconisée par Terrier est un peu différente : pour atteindre et extirper les cancers élevés du rectum, il pratique une sorte de rectotomie postérieure avec ou sans résection du coccyx. Cette large ouverture lui donne un jour considérable; il arrive sur le péritoine qu'il divise, il mobilise la tumeur qu'il enlève par une double section transversale, et se trouve

---

deux voies : le tube digestif et le poumon. Pour lui fermer la première porte, il suffit d'exercer une surveillance active sur la nouriture du public.

Nous laissons à nos colègues du premier étage la grosse question du lait et des viandes, nous ne nous ocuperons que de la seconde voie d'introduction des baciles dans l'organisme, c'est à-dire l'inspiration des poussières contenant le microbe. Ce sont les crachats des ftisiques arivés à la période du ramolisement tuberculeux qui, en se déséchant, en se morcelant, se mêlent aux poussières et les infectent. Il est donc nécessaire de désinfecter leur linge, et surtout leurs mouchoirs quand ils les quitent, pour ne pas rendre les blanchisseuses ftisiques. Il faut purifier également les chambre dans lesquèles ils ont couché, afin que ceux qui vienent les abiter ensuite ne devienent pas ftisiques à leur tour. Il serait bien à désirer également qu'on put s'oposer à ce qu'ils crachent partout, come ils le font. Le docteur Armaingaud, qui est un fisiologiste et un patologiste de premier ordre, a trouvé un excelent moien d'y ariver sans efraier persone. C'est de faire courir le bruit que tous les crachats sont infectants, quèle que soit l'afection qui les engendre, et que persone ne doit expectorer ailleurs que dans son mouchoir en aiant le soin de l'imerger le soir dans un liquide désinfectant.

— Un conseiller municipal de la ville de Paris a été plus radical, ce qui ne doit pas

alors en présence de deux segments intestinaux, le supérieur et l'inférieur, qu'il unit bout à bout par une suture, comme dans le procédé de Bardenheuer. Le péritoine est alors fermé, ainsi que la plaie rectale et cutanée de la rectotomie préalable. L'auteur a pratiqué deux fois cette opération pour des néoplasmes situés près de l'S iliaque, et les résultats en ont été satisfaisants.

L'opération de Kraske, autour de laquelle on a mené si grand bruit, ne diffère pas essentiellement de celle de Bardenheuer; Kraske a substitué, aux voies inférieures, la voie franchement coccygienne et sacrée. Le patient, endormi, est placé dans le décubitus latéral droit; l'incision, qui part d'une ligne transversale unissant les deux épines iliaques postéro-supérieures pour finir à 1 centimètre au-dessus de la pointe du coccyx, est menée toujours à gauche et un peu en dehors des apophyses épineuses sacrées. Toute la région étendue de l'orifice anal au coccyx reste donc intacte. A travers l'incision, on résèque le coccyx, ruginé de haut en bas, pour en respecter le tissu fibreux qui sert d'insertion au sphincter, et l'on complète l'ouverture par une section, à la gouge et au marteau, de la corne latérale gauche du sacrum. Heinecke, Lœvy, Delbet, Jeannel respectent le squelette pelvien, support du périnée et proposent la résection temporaire des os.

On arrive alors sur le néoplasme; on l'isole en arrière, on pénètre en avant et d'une façon délibérée dans le péritoine que l'on protège par une éponge montée. Lorsque le rectum est bien mobilisé, on place une pince ou un fil de soie au-dessus de la tumeur pour oblitérer le bout supérieur de l'intestin; puis celui-ci est coupé au-dessus de la pince, aux limites du cancer; même manœuvre pour le bout inférieur. L'ablation est terminée; on enlève les pinces, on tamponne les deux bouts béants avec de la gaze iodoformée; le cul-de-sac péritonéal est fermé, puis le bout supérieur est uni à l'inférieur par un double rang de suture, l'un sur la muqueuse et l'autre sur la musculeuse. La plaie sacrée est oblitérée ou complètement ou en partie ou drainée, ce qui est préférable.

étoner. Il a ofert audit Conseil de défendre aux persones qui montent dans les omnibus, dans les tramwais, dans les petites voitures de cracher dedans. On pourait aussi ordoner aux ftisiques de porter un petit crachoir pendu à leur cou avec une petite ficele. Cela leur donerait tout a fait bon air. Ce ne serait pas positivement une inovation, car, au sanatorium de Falskenstein, où on n'acueille que des ftisiques, chacun d'eux a, dans sa poche, une petite fiole pour recevoir son expectoration, et ceux qu'on surprend à cracher par terre sont immédiatement renvoiés de la maison. Il i a encore d'autres moiens à employer pour arêter la propagation de la ftisie, mais ce sera pour une autre fois, car je suis fatigué d'écrire en volapuc.

FORMULAIRE

Pommade contre l'herpès circiné. — Bertrand.

Rhubarbe pulvérisée	1 gramme.
Vaseline	10 grammes.

F. s. a. une pommade que l'on applique, tous les deux jours, dans la tricophytie circinée. Elle est destinée à remplacer les préparations, plus coûteuses, à base d'acide chrysophanique et de poudres de goa. — Cependant, la pommade à la rhubarbe ne réussit pas contre le psoriasis. — N. G.

J'ai pratiqué cette opération une seule fois, mais avec un succès remarquable. Il s'agissait d'un notaire de la Gironde que je vis avec notre jeune collègue, le docteur Sébileau. Le cancer était situé au-dessus de l'ampoule rectale, vers la partie moyenne du rectum; il était inséré sur la paroi postérieure de l'intestin et mobile encore sur les parties voisines. Le malade fut purgé et soumis à une antisepsie intestinale rigoureuse, dont les préparations au naphtol et au salicylate de bismuth formaient la base. Les incisions de Kraske sont faites, la libération de la tumeur, sa section, la suture des deux bouts de l'intestin, et tout marche à souhait; quelques points de suture postérieure manquèrent bien et nous eûmes même quelque temps une fistule stercorale, mais elle ne tarda pas à se combler. Et maintenant, près de trois ans après notre intervention, la guérison s'est maintenue : notre notaire exerce encore sa profession.

Ces opérations radicales sont bien séduisantes; elles ont, ou paraissent avoir, un double avantage sur les opérations palliatives dont je vous entretiendrai dans notre prochaine conférence : le premier est qu'elles ouvrent une porte à l'espérance; elles sont dites « radicales », et l'on peut, par définition même, en obtenir une guérison définitive; le second, est de conserver le sphincter, et ce n'est pas peu de chose que de pouvoir retenir le bol fécal. N'a-t-on pas qualifié d'infirmité « épouvantable » ou « terrible » celle qui permet la fuite de gaz et de matières? Les opérations par la voie postérieure pour les cancers élevés n'auraient pas cet inconvénient, et cela seul suffirait pour leur attribuer, toutes choses égales d'ailleurs, une place hors pair dans la thérapeutique des néoplasmes du rectum. Notre notaire n'en est il pas un exemple saisissant? Depuis près de trois ans il n'a plus sa tumeur et conserve un sphincter.

Oui! mais combien rares sont de tels succès, et ces brillants avantages sont le plus souvent théoriques : d'abord ces interventions dites radicales ne le sont que très rarement, et le mal récidive avec une extrême rapidité. Nous avons déjà cité la statistique de Kœnig : la plupart de ses opérés ont vu le mal reparaître dans les six premiers mois. Tous les chirurgiens ne connaissent-ils pas la puissance de repullulation du mal? Elle est telle que, à tort selon nous, nombre de chirurgiens, les Anglais en particulier, proscrivent les extirpations pour n'exécuter que des opérations palliatives. Le second avantage, la conservation du sphincter, peut aussi être contestée; cette conservation est loin d'assurer toujours son fonctionnement régulier, et le plus souvent il perd son rôle oblitérateur, ce qui s'explique par la section des nerfs des muscles ou la destruction des insertions coccygiennes. Hildebrand nous dit que la plupart des opérés de Kœnig ont eu, soit une incontinence absolue des matières, soit une fistule intarissable, soit un rétrécissement cicatriciel du nouvel anus.

Si nous n'avions que ces arguments, l'avantage resterait encore aux méthodes radicales. Malgré tout, il y a des guérisons durables et nous en avons cité trois cas personnels; dans le dernier, même, le sphincter était resté suffisant. Que risquerait-on? Echouer, sans doute, mais peut-être aussi réussir, et on tenterait toujours ces opérations si un nouveau facteur n'intervenait pas: une mortalité considérable. Dans un premier mémoire, Kraske accuse huit opérations avec une léthalité opératoire de 50 p. 100; l'un des malades a succombé au collapsus et trois autres à une

péritonite. Depuis 1885, il est vrai, les terminaisons funestes sont moins nombreuses et la mortalité est descendue, d'abord à 25, puis à 10 p. 100. Mais ces statistiques en bloc sont sans valeur; elles diffèrent avec les idées doctrinales de chacun, et le chiffre des morts s'élève ou s'abaisse suivant que l'on enlève ou non des tumeurs volumineuses et adhérentes, suivant que l'on s'en tient ou non à l'extirpation des néoplasmes mobiles et petits Et nous voilà revenus aux indications opératoires que nous posions au début de cette conférence.

En effet, Messieurs, tout est là. Lors des premières fureurs de l'antisepsie et lorsque les opérations de Bardenheuer et de Kraske eurent été imaginées, il y eut en Allemagne, et peut-être même un peu en France, une véritable débauche d'extirpation. Un cancer du rectum était enlevé quelque volumineux qu'il fût, quelque adhérent qu'il pût être aux tissus voisins; on ne craignait pas de réséquer de larges parties d'intestin, d'ouvrir le vagin, l'utérus, le péritoine, d'intéresser la prostate ou la vessie, de reconstituer, par la destruction des cloisons qui séparent ces divers organes, le cloaque primitif des périodes embryonnaires. Les résultats de cette pratique ne furent pas longs à constater; à la suite de ces délabrements étendus, la plupart des opérés étaient emportés par le choc opératoire, les hémorrhagies primitives et secondaires, toutes les septicémies, les péritonites et les cellulites pelviennes.

Et qu'avaient gagné à ces extirpations ceux qui échappaient aux accidents opératoires? Dans les cancers adhérents, il est bien difficile de savoir où plongent les racines du mal et jusqu'à quel point elles s'avancent dans les tissus; aussi laissait-on quelques traînées éparses, foyers d'une repullulation rapide. Une récidive à brève échéance, voilà ce que l'on obtenait le plus souvent. Du moins avait-on les bénéfices, jusqu'au jour où la mort arrivait, d'un sphincter qui pût s'opposer à l'incontinence des matières? Pas du tout; le plus souvent une fistule persistait au niveau du coccyx et du sacrum, dans la brèche opératoire non cicatrisée. Et si, enfin, on finissait par en obtenir l'occlusion, c'était pour constater l'insuffisance fonctionnelle du sphincter paralysé sans doute par la section de ses nerfs au cours de l'intervention.

On avait donc tous les dangers, la mortalité effrayante de cette opération à prétentions radicales pour n'obtenir en définitive que les résultats des opérations palliatives. Une récidive si rapide qu'elle équivaut à la continuation du premier cancer et un sphincter insuffisant, et aussi peu capable de régler le cours des matières que l'orifice artificiel ouvert au-dessus de la tumeur. Aussi une vive réaction était à prévoir; nous y avons assisté; on a vu s'éteindre l'enthousiasme des premiers jours; l'extirpation du cancer a perdu beaucoup de terrain. Kœnig, Hahn, Schede, Sonnenburg, Madelung ont déclaré les chirurgiens Allemands trop entreprenants en fait de cancers du rectum, et recommandent un recours plus fréquent aux opérations palliatives et en particulier à l'ouverture d'un anus artificiel.

Telle est aussi ma conclusion : Je suis partisan convaincu des interventions radicales, mais du moins faut-il que la tentative n'en soit pas déraisonnable et je résumerai les développements qui précèdent par cette simple conclusion : dans les tumeurs malignes du rectum, l'extirpation ne me

semble indiquée que lorque le cancer est petit et mobile; elle peut alors donner d'excellents résultats, et les trois beaux faits personnels que je vous ai signalés m'en paraissent une preuve convaincante.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1893. — Présidence de M. Périer.

Ablation totale de l'uretère après néphrectomie.

M. Reynier communique à la Société une importante observation suivie de l'ablation totale de l'uretère, opération nouvelle qu'il est le premier à avoir pratiquée.

C'est un jeune soldat d'infanterie de marine qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, eut des complications rénales et vint se mettre entre les mains de M. Reynier. Il avait de l'albumine dans les urines, de la pyurie, et souffrait depuis plus d'un an et demi de son côté droit. Il entra à Tenon, le 20 avril 1892, avec des urines purulentes, de la température, de la voussure du flanc droit, de la douleur surtout à la pression, et, enfin, des phénomènes nerveux sous la dépendance de l'hystérie.

Toute médication ayant été inefficace, et le rein ayant été jugé malade, M. Reynier fit une dernière exploration sous le chloroforme, sentit le ballottement rénal, et, séance tenante, le 27 mai 1892, fit la néphrectomie par la voie lombaire. Il tomba sur une poche purulente qui avait détruit tout le tissu rénal, enleva le rein et une partie de l'uretère, draina la plaie, et, les jours suivants, fut surpris de rencontrer encore du pus dans le pansement. Ce pus venait de l'uretère, et la cystoscopie montra que, par le bout inférieur, il s'en écoulait une certaine abondance dans la vessie.

M. Reynier. voyant que cette suppuration ne se tarissait pas, résolut d'enlever l'uretère en totalité, et, le 29 juin, par la même voie lombaire, il put attirer au dehors 16 à 17 centimètres de ce conduit excessivement dilaté. Malheureusement, le fil à ligature coupa les tuniques de l'uretère, qui rentra dans les parties profondes et qui entretint encore une fistule.

C'est alors que M. Reynier résolut d'enlever ce qui restait par la voie pararectale et l'incision de Roux; mais il ne put reconnaître l'abouchement de l'uretère et dut, quelques jours après, quitter son service, son malade en assez bon état, mais porteur d'une fistule lombaire.

Le 5 novembre, il alla à la recherche de ce bout d'uretère par la voie sus-pubienne en employant le ballon de Petersen et en se servant d'une incision analogue à celle de la ligature iliaque. Prenant le canal déférent comme guide, il arriva sur l'abouchement de l'uretère dans la vessie et put ainsi le sectionner, après ligature, au ras de la vessie et enlever les 12 centimètres qui restaient. Les suites furent des plus simples; le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital et la guérison est, aujourd'hui, complète.

Les interventions sur l'uretère n'ont guère été pratiquées que pour faire l'extraction de calculs. Cessi, Culligwood en ont relaté des observations, ainsi que Tuffier dans son article du *Traité de chirurgie.* Jamais la voie inguinale n'a été choisie pour l'*urétérectomie*, et M. Reynier, qui l'a imaginée, pense qu'elle pourra rendre des services, dans les cas, plus nombreux qu'on ne le pense, où, après néphrectomie, il reste des fistules sous la dépendance de l'uretère infecté, et notamment dans la néphrectomie pour rein tubercu-

leux, où la fistule est la règle. Quant au procédé opératoire, il faut prendre pour repère le point de bifurcation de deux lignes, l'une horizontale, passant par les deux épines iliaques antérosupérieures ; l'autre verticale, partant de l'épine pubienne. On décollera le péritoine et on arrivera ainsi sur l'uretère.

Les accidents infectieux de l'uretère après la néphrectomie sont-ils aussi fréquents que M. Reynier vient de le dire? M. CHAMPIONNIÈRE ne le pense pas, et, dans toutes les néphrectomies qu'il a pratiquées pour suppurations rénales, il n'a jamais eu de fistule. L'odyssée de M. Reynier à la recherche de l'uretère dilatée n'en est pas moins très intéresssante, et la voie tracée par ce chirurgien pourra être utile dans quelques cas exceptionnels. C'est aussi l'avis de M. TERRIER, qui a fait plusieurs fois la néphrectomie pour rein tuberculeux, et qui, en prenant la précaution de bien fixer l'uretère dans la plaie pour éviter l'infection, n'a jamais eu de fistule, et pourtant la tuberculose rénale est presque toujours secondaire et consécutive à l'envahissement de l'uretère.

La chirurgie rénale devait occuper la majeure partie de la séance, car M. WALTHER vient lire une observation de *rein mobile* qui, une fois fixé par la néphropexie, fut atteint d'antéflexion et dut être opéré une sconde fois.

De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement.

La dernière communication de M. Pozzi sur la sténose du col chez les nullipares a appelé l'attention de M. BOUILLY sur cette forme particulière de métrite cervicale, qui, chez les femmes à col non déchiré, chez les jeunes femmes à orifice normal, vient encore, par un bouchon muqueux, compliquer l'étroitesse du conduit cervical et produit la stérilité en même temps qu'elle se manifeste par un écoulement particulier.

Cet écoulement est, en effet, tenace, visqueux, épais, empèse le linge, est tantôt blanc laiteux, quelquefois jaune et même rouillée. Son abondance augmente par la marche et gêne beaucoup les femmes qui viennent surtout consulter à cause de ce symptôme. Les douleurs sont rares, quelquefois expulsives, coïcidant avec le rejet d'un bouchon muqueux. Les règles, peu modifiées, sont peu abondantes. La stérilité est la règle.

Ces écoulements sont gonorrhéiques et cette métrite se déclare peu de temps après les premiers coïts. Superficielle d'abord, elle s'étend petit à petit en profondeur. Les glandes sont altérées jusque dans leurs culs-de-sac, et la lésion dépasse la muqueuse pour pénétrer jusque dans la musculeuse.

Le traitement banal par les injections et les topiques est sans effet, et le curettage échoue toujours dans ce cas ; la curette ne peut enlever toutes les parties malades qui réinoculent l'utérus, et c'est là qu'il faut chercher la cause des échecs dans nombre de curettages bien faits.

Doléris a dirigé le hersage contre cette affection. L'amputation de Shrœder donne aussi de bons résultats ; mais M. Bouilly la trouve trop compliquée pour une petite lésion, et c'est pour cela qu'il a imaginé l'intervention que nous allons décrire.

Après dilatation par la laminaire et curettage du corps de l'utérus, l'opérateur creuse au bistouri deux demi-gouttières qui enlèvent les parties malades en élargissant le conduit cervical. Mais il faut prendre l'importante précaution de laisser de chaque côté de la gouttière une petite bandelette de muqueuse qui empêchera la rétraction cicatricielle. Ceci fait, on tamponne avec la gaze trempée dans de la glycérine créosotée. Quelquefois en effet, il y a une petite hémorrhagie venant de la lèvre inférieure.

M. Bouilly a fait quarante fois cette opération et n'a eu qu'un échec dû à sa timidité. Il n'avait pas enlevé assez de tissus. Le point important, c'est que, deux fois, la conception a suivi immédiatement l'opération, et cela chez des femmes sans enfants depuis neuf et dix ans de mariage.

M. Pozzi est de l'avis de M. Bouilly, et, comme lui, il a cherché à combattre cette métrite qui se greffe sur des cols à type infantile. Ce bouchon muqueux, cet engouement *muqueux* du col, comme il l'a appelé, il le guérit par le débridement commissural qui forme ainsi deux valves sur lesquelles on peut appliquer des topiques. Pour M. Reynier, le lymphatisme, l'état général jouerait un grand rôle dans ces écoulements blancs, longs et tenaces. Ce n'est pas l'avis de M. Terrier, qui ne croit pas au catarrhe sans inoculation. Il y a toujours un microbe infectant pour lui, et il serait intéressant de le retrouver. Le microbe pénètre même assez profondément dans l'utérus. Il s'en est aperçu en voyant quelquefois les fils profonds de l'hystéropexie donner lieu à une petite suppuration.

M. Bouilly a l'intention de faire examiner les lambeaux détachés.

La séance s'est terminée par la présentation d'un *kyste dermoïde de l'ovaire* enlevé par M. Reynier le matin même.

Eugène Rochard.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons cliniques sur les maladies des enfants,
par Léopold Baumel, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.
1 vol, chez Masson, Paris 1893.

Ce volume comprend 35 leçons cliniques professées par M. Baumel, chargé du cours de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Montpellier. Parmi les leçons d'inégale importance, réunies dans ce volume, nous signalerons les leçons consacrées aux accidents de la dentition. M. Baumel montre l'importance de ces accidents, leur gravité, parfois. D'accord avec l'auteur sur la réalité des accidents dits réflexes, tels que la toux et la diarrhée dans les maladies de l'enfance, M. Baumel fait, à juste raison une large part aux accidents de la dentition.

Nous sommes pleinement d'accord avec l'auteur sur la réalité de quelques-uns de ces accidents, sur la toux et la diarrhée, sur l'eczéma si fréquent chez les enfants issus de parents eczémateux ou arthritiques, sur la fièvre même que nous avons observée dans un cas de première dentition laborieuse. Mais n'est-ce pas justifier certaines critiques faites récemment à la tribune de l'Académie et étendre outre mesure le rôle de la dentition dans la pathologie infantile que de la faire intervenir comme cause de bronchopneumonie, de migraine ou de chorée?

Les accidents liés à la seconde dentition ont été peu étudiés jusqu'à ce jour. Ce chapitre de pathologie méritait les développements que lui a donné M. Baumel. Pour notre part, nous avons maintes fois observé, à l'époque de la deuxième dentition, des poussées d'eczéma aigu de la face (particulièrement du menton et des joues) qui nous ont paru liées à l'évolution des dents permanentes.

Un chapitre du livre de M. Baumel est consacré à l'étude du *gros ventre*. Sous ce nom, purement symptomatique, l'auteur désigne un état morbide caractérisé par le développement de l'abdomen. Le *gros ventre* est sous la dépendance de la gastro-entérite, accompagnée ou compliquée de l'hypertrophie des ganglions du mésentère, de l'hypertrophie du foie et de la rate.

L'adénopathie mésentérique, simple d'ailleurs, peut ultérieurement se compliquer de tuberculisation des ganglions hypertrophiés, et constituer alors le *gros ventre tuberculeux*.

La gastro-entérite, qui s'accompagne d'atonie de l'estomac et de l'intestin et facilite

les fermentations gazeuses anormales du tube digestif, peut incontestablement donner lieu à un développement exagéré de l'abdomen. Mais l'adénopathie mésentérique peut-elle être facilement reconnue en clinique? Existe-t-elle même d'une façon ordinaire et en dehors de la tuberculose abdominale?

Nous ferons également à la désignation de *gros ventre*, créée par M. Baumel pour définir un état morbide spécial, la critique d'établir une entité morbide sur un symptôme qui peut être observé dans des états morbides très différents, parmi lesquels figurent, entre autres, le rachitisme, la tuberculose péritonéale ou hépatique, la syphilis viscérale de l'abdomen, et qui peut être facilement confondu avec l'ascite et même le météorisme simple.

L'ictère des nouveau-nés, indépendant de toute lésion organique appréciable, est attribué par M. Baumel à des troubles mécaniques, de la gêne respiratoire, dus en grande partie à l'immobilisation de la partie droite du diaphragme. Cette théorie ne paraît pas rendre un compte suffisant des faits nombreux, suivant nous, où l'ictère apparaît presque immédiatement après la naissance, parfois même dès la naissance, alors que les mouvements mécaniques de la respiration ne peuvent avoir exercé leur influence sur le fonctionnement du cou et l'excrétion de la bile.

L'ictère des nouveau nés a, semble-t-il, une origine plus complexe. Pour l'expliquer, il faut tenir compte, dans certains cas, des changements profonds qu'amène l'établissement de la respiration dans le fonctionnement du foie, des troubles dans l'expulsion du méconium; il faut également tenir compte de l'influence exercée par l'air extérieur sur la coloration de la peau.

Si certaines théories pathogéniques émises par M. Baumel nous paraissent devoir être discutées, il n'en est pas de même de la partie clinique de son livre, qui sera lue avec fruit par les étudiants désireux d'acquérir de bonnes notions de pathologie infantile.

Nous ajouterons que l'auteur a consacré au traitement des maladies qu'il a étudiées le développement que comporte toute étude sur les maladies de l'enfance.

RICHARDIÈRE.

LES SERVICES SANITAIRES DE LA VILLE DE PARIS ET DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE, par A. JOLTRAIN (1).

Les questions relatives aux services d'hygiène et d'assistance publique d'une ville comme Paris, qui compte près de 3 millions d'habitants, intéressent tout le monde aujourd'hui, non seulement en France, mais aussi à l'étranger. Cependant, on n'avait pas encore songé à réunir dans un volume tous les détails qui concernent l'organisation et le fonctionnement de ces services. Les personnes qui avaient besoin de renseignements à ce sujet, — ces personnes sont fort nombreuses, — étaient jusqu'à présent obligées de se reporter à des ouvrages spéciaux pour chaque question, fourmillant de détails techniques au milieu desquels il leur était difficile de trouver les indications utiles.

M. A. Joltrain, secrétaire de la Société française d'hygiène, et sous-chef de bureau à la Préfecture de police, vient de combler fort heureusement cette lacune.

Le livre qu'il publie sous ce titre : *Les services sanitaires de la Ville de Paris et du département de la Seine*, et pour lequel M. le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil de salubrité, a écrit une charmante préface, répond à un besoin et sera pour tous d'une utilité incontestable. Il contient les renseignements les plus complets et les plus exacts sur ces importantes questions. Nous citerons notamment ceux qui concernent : les services des épidémies et des épizooties; la désinfection des locaux et des objets contaminés; le transport des malades contagieux; l'inspection

(1) Berger-Levrault et Cie, éditeurs, Paris, 5, rue des Beaux-Arts. — Prix : 3 francs.

des viandes de boucherie; le laboratoire municipal de chimie; la Morgue; la salubrité des garnis et des hôtels meublés; l'Assistance publique et les hôpitaux; la construction, l'entretien et le curage des égouts; les irrigations agricoles de Gennevilliers et d'Achères; le service des eaux à Paris et dans la banlieue; la voirie; le drainage des habitations; les Établissements classés; les secours publics; la Crémation, etc., etc.

COURRIER

Le choléra de Marseille. — Le choléra semble en décroissance à Marseille. M. le docteur Thoinot, envoyé par le ministère de l'intérieur pour prendre les mesures sanitaires nécessaires, est de retour à Paris. Le port de Marseille a été, toutefois, mis en quarantaine. M. Albert Robin, qui a étudié la maladie sur les lieux, écrivait au *New-York Herald*, il y a quelques jours :

« Je conclus qu'il y a des cas de choléra véritable à Marseille (nous l'avions formellement dit dans notre Bulletin du samedi 11 février), mais que, jusqu'à présent, il n'y a pas d'épidémie au sens propre du mot. Que sera l'avenir? Personne ne peut le prédire avec une certitude absolue, mais les probabilités sont favorables. »

— Le Concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire aura lieu le 21 juillet. Les épreuves écrites se font simultanément dans toutes les villes possédant une Faculté ou une Ecole de médecine. Les épreuves orales seront passées dans les diverses localités aux dates suivantes: Paris (Val-de-Grâce), 21 août; Lille, 25 août; Nancy, 29 août; Lyon (Ecole de santé), 2 septembre; Montpellier, 8 septembre; Toulouse, 11 septembre; Bordeaux, 15 septembre; Rennes, 20 septembre.

— L'alcoolisme chez la femme fait en Angleterre, actuellement, des progrès plus considérables qu'en tout autre pays. En Angleterre et dans le pays de Galles, le nombres des femmes arrêtées pour ivresse a passé de 5,673 en 1878 à 9,451 en 1884. A Londres, en 1892, ce chiffre a dépassé 8,000. En Écosse, 10,500 femmes ont été envoyées en prison dans la seule ville de Glascow, et, sur ce nombre, 45 en étaient du sixième au trente-quatrième emprisonnement. En Irlande, on connaît une femme qui a été arrêtée 700 fois, et, à Dublin même, on arrête en moyenne 10,000 femmes par an pour ivresse. Tels sont les chiffres fournis par le *British medical Journal.*

Nécrologie. — MM. les docteurs Francisque Garnier (de Lyon); L. Darcy (de Saint-Firmin-les-Prés).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

LA VARIOLE PENDANT LA GROSSESSE A L'HOPITAL D'AUBERVILLIERS PENDANT L'ANNÉE 1892

Par le Dr Richardière
Médecin des hôpitaux

I. — La variole chez la femme enceinte est généralement considérée comme grave pour la mère et pour le fœtus.

Suivant quelques auteurs, la grossesse prédispose en effet à la variole hémorrhagique, dont l'état de gestation est une des causes appréciables.

D'autre part, dans les varioles non hémorrhagiques, à éruption simplement abondante ou même discrète, l'avortement serait fréquent et déterminerait des accidents graves d'hémorrhagie secondaire ou d'infection, auxquels la femme survivrait rarement.

Grave pour la mère, la variole survenant chez une femme enceinte est regardée comme plus redoutable encore pour le fœtus. La mort du fœtus et son expulsion prématurée en seraient les conséquences ordinaires.

L'observation d'un certain nombre de cas de varioles développées pendant la grossesse, soignées l''année dernière à l'hôpital d'Aubervilliers, ne nous semble pas confirmer les idées qui ont cours sur la gravité du pronostic de la variole dans l'état de grossesse.

Remarquons d'ailleurs, que si on consulte les statistiques des auteurs qui ont relevé le nombre des avortements chez les femmes atteintes de variole, on voit que le chiffre des avortements varie considérablement, suivant les épidémies et suivant les conditions d'observation.

Pour quelques auteurs, l'avortement est assez rare. C'est ainsi que Lothar Meyer n'a observé que 4 cas d'avortement sur 37 femmes enceintes, malades de la variole. D'après Corradi, Esterle n'aurait noté l'avortement que 1 fois sur 15 cas de variole.

Inversement, dans l'épidémie qui a sévi à Milan en 1870-1871, presque toutes les femmes ont avorté. La variole fut particulièrement grave chez ces femmes; 5 seulement échappèrent à la mort.

Welch a observé 13 avortements sur 26 cas de variole. Jobard, 8 sur 14.

Enfin, Talamon, a vu la variole, causer l'avortement 14 fois sur 24.

On voit, par ces chiffres, combien est variable l'influence de la variole sur la grossesse. Nulle ou presque nulle dans certains cas (faits d'Esterle), l'influence de la variole peut se traduire parfois par un chiffre d'avortements considérable. (Epidémie de Milan.)

Sans prétendre juger d'une manière définitive la question de l'influence de la variole sur la grossesse, nous croyons que les faits observés à l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers fournissent quelques documents intéressants pour l'étude de cette question encore controversée.

Dans les faits que nous avons observés, le pronostic de la variole n'a pas été aggravé par la grossesse. Les avortements ont été rares; ils sont survenus dans des conditions, qui permettent de les attribuer plutôt à la mort de la mère, qu'à l'infection variolique agissant sur le fœtus. L'avortement s'est produit comme il se fut produit dans toute autre maladie grave, suivie de mort.

II. — 13 malades, atteintes de variole en état de grossesse, ont été soignées à l'hôpital d'Aubervilliers, du 1er février au 25 décembre 1892.

Sur ces 13 malades, 7 ont guéri sans que la grossesse ait interrompu son cours normal.

Les varioles dont furent atteintes ces sept malades, se répartissent de la manière suivante, au point de vue de la gravité :

2 malades eurent une varioloïde ;

5 eurent une variole, avec fièvre de suppuration.

Les deux varioloïdes furent bénignes et évoluèrent dans les conditions les plus favorables.

Parmi les varioles, quelques-unes (celles des observations III, V et VII) furent caractérisées par une éruption abondante sur la peau du visage et sur les muqueuses.

Dans toutes les observations, notamment dans les observations III, V, et VII, on a noté cette particularité, que la muqueuse de la vulve a été le siège d'une éruption de pustules particulièrement abondantes.

Une seule des malades, celle de l'observation VII, a présenté une complication viscérale. Cette malade eut, pendant le cours de sa variole, une péricardite caractérisée par un bruit de frottement manifeste. Ce bruit de frottement persista pendant plusieurs jours et s'accompagna d'une sensation de dyspnée et d'angoisse. Il n'y eut pas d'épanchement dans le péricarde et le bruit du frottement disparut au bout d'une dizaine de jours.

Les malades, dont la grossesse continua son cours sans accident, étaient à des époques variables de la gestation.

4 malades étaient au sixième mois ;

2 malades étaient enceintes de 4 mois ;

1 malade était enceinte de 2 mois.

Obs. I. — Variole. Grossesse de deux à trois mois. Pas d'avortement.

D... (Adèle), 28 ans. Vaccinée. Entrée le 5 août à l'hôpital d'Aubervilliers pour une variole, caractérisée par des éléments éruptifs assez nombreux, cohérents par place, sur le tronc et sur les membres.

D... est enceinte de deux mois à deux mois et demi environ.

Traitement : Bain de sublimé quotidien.

Fièvre de suppuration qui ne dépasse pas 38,2.

Guérison sans aucune complication. Pas d'accident utérin. Pas de fausse couche.

La malade sort le 11 septembre.

La grossesse continue son cours régulier.

Obs. II. — Varioloïde. Grossesse de quatre mois. Pas de fausse couche.

M... (Marie), 17 ans. Vaccinée. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers pour une éruption discrète de variole. Les premiers symptômes ont débuté le 4 mai.

M..., est enceinte de quatre mois.

Traitement : Bain de sublimé quotidien à 10 grammes par bain.

Pas de fièvre de suppuration.

La malade a quitté l'hôpital guérie, n'ayant eu aucune complication.

Il n'y a pas eu de fausse couche.

La grosssesse a suivi son cours normal.

Obs. III. — Variole. Grossesse de quatre mois. Pas d'avortement.

D... (Jeanne), 20 ans. Vaccinée. Entre à l'hôpital pour une variole avec éruption moyennement abondante sur la figure, le corps et la muqueuse buccale.

La malade, qui est enceinte de quatre mois, a des végétations de la grossesse extrêmement abondantes sur la vulve. Ces condylomes forment des tumeurs qui acquièrent, sur les grandes lèvres. la grosseur d'une petite orange. La vulve est, de plus, absolument couverte de pustules varioliques. Le canal de l'urèthre doit en être couvert, car il existe une dysurie très prononcée.

Traitement : Deux bains de sublimé par jour. Applications permanentes sur la vulve, de compresses trempées dans la liqueur de Van Swienten. Injections vaginales biquotidiennes avec une solution de sublimé à 0,50 centig. par litre.

La malade a eu une fièvre de suppuration modérée.

La variole guérit sans aucune complication.

La grossesse a suivi son cours régulier. Il n'y a pas eu de fausse couche.

D... sort guérie le 6 novembre.

Obs. IV. — Variole. Grossesse de six mois. Pas d'avortement.

D..., 25 ans. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers le 9 avril avec une éruption de variole abondante, mais non confluente. sur la figure, sur la peau du corps; on notait l'existence de larges plaques confluentes au niveau du dos et des cuisses. L'éruption était abondante sur la muqueuse buccale. Il y avait une aphonie très prononcée. Les pustules étaient très nombreuses sur la muqueuse vulvaire.

D... était enceinte de six mois. Son enfant remuait bien.

Traitement : Deux bains de sublimé par jour. Pansement de la vulve au sublimé.

La variole évolue normalement avec des symptômes assez graves en rapport avec l'abondance de l'éruption. Fièvre de suppuration peu intense.

La malade guérit sans complication.

La grossesse poursuivit son cours normal. Quand D... quitta l'hôpital, le fœtus continuait à vivre.

Obs. V. — Variole. Grossesse de six mois. Pas d'avortement.

M..., 28 ans. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers avec une éruption de pustules varioliques abondante à la face, cohérente sur le dos et la poitriee. Eruption de pustules nombreuses à la vulve.

M... est enceinte de six mois.

Traitement : Deux bains de sublimé par jour. Pansement de la vulve au sublimé.

La variole évolua sans complication avec une fièvre de suppuration d'intensité modérée.

Quand la malade, guérie, quitta l'hôpital, la grossesse continuait son cours.

Obs. VI. — Varioloïde. Grossesse de six mois. Pas d'avortement.

A... (Léontine), 20 ans. Entrée le 23 juin à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers. Sortie le 13 juillet. Vaccinée antérieurement.

A... entre à l'hôpital d'Aubervilliers pour une éruption de papules varioliques peu nombreuses.

La maladie a évolué comme une varioloïde. La fièvre de suppuration a fait défaut.

A... est enceinte pour la première fois. La grossesse remonte à six mois.

Aucun accident imputable à la grossesse, qui continue à évoluer pendant la variole.

La malade quitte l'hôpital sans avoir fait de fausse couche. Au moment de la sortie de l'hôpital, l'enfant remuait bien. On entendait les battements du cœur avec la plus grande netteté.

Le traitement de la variole a consisté dans un bain de sublimé tous les jours (10 gr. de sublimé par bain).

Obs. VII. — Variole. Grossesse de six mois. Pas d'avortement.

N..., journalière. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers avec une éruption de variole abondante à la face et sur les muqueuses, particulièrement sur la muqueuse génitale.

N..., est enceinte de six mois.

Traitement : Deux bains de sublimé par jour. Pansement antiseptique de la vulve. Injections vaginales au sublimé.

La variole évolue comme une variole grave, avec une fièvre de suppuration intense et prolongée. Pendant l'évolution de la variole, on constate l'existence d'une péricardite aiguë caractérisée par un bruit de frottement.

La malade guérit néanmoins, sans qu'à aucun moment la vitalité du fœtus parût compromise.

Il n'y eut pas d'avortement.

Pendant la convalescence, la malade a été atteinte de stomatite hydrargyrique.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 février. — Présidence de M. Fernet.

Ostéite déformante de Paget.

M. Thibierge présente une femme de 50 ans atteinte d'**ostéite déformante de Paget.** Elle n'a pas d'antécédents pathologiques. En 1870, cependant, elle subit au niveau de la cuisse gauche un violent traumatisme, et c'est en ce point que les déformations se montrèrent tout d'abord en 1878. A ce moment, on soumit la malade au traitement mercuriel, sans aucun profit. En 1883, elle éprouva des douleurs lombaires, et, tandis que la déformation de la jambe gauche augmentait, le rachis s'incurvait et la taille s'affaissait. Depuis 1891, les douleurs sont plus vives dans la cuisse, dans la région lombaire, et surtout dans la jambe droite.

En 1892, nouveau traitement mercuriel et ioduré n'ayant donné aucun résultat.

Actuellement, on constate une incurvation marquée des jambes et des cuisses ; les tibias ont des dimensions considérables. Les rotules sont très élargies, surtout du côté gauche. La malade éprouve une grande difficulté à se tenir debout ; les condyles fémoraux ne peuvent alors arriver au contact. Du côté du rachis, il y a une cyphose très prononcée à la partie supérieure de la colonne dorsale. Les membres supérieurs et les clavicules sont peu altérés; la clavicule droite est plus volumineuse. Les hanches sont élargies; à la région lombaire, un léger degré de lordose. Le système veineux superficiel est très développé surtout aux membres inférieurs.

M. Thibierge présente ensuite un second malade atteint, lui aussi, d'ostéite déformante. C'est un homme de 59 ans; pas d'antécédents pathologiques, sauf des ulcères variqueux et une bronchite accompagnée d'emphysème; pas de syphilis. En 1888, ce malade s'aperçut accidentellement qu'il se courbait, que ses jambes et ses bras s'incurvaient. Il n'éprouvait aucune douleur. Actuellement, les déformations sont du même type que chez la malade précédente; aux membres supérieurs surtout, elles sont considérables; il y a, de plus, une légère tuméfaction au niveau de l'occipital. Mais cet homme diffère de la précédente malade par la déformation hippocratique des extrémités des doigts; celle-ci est liée à la bronchite chronique; il ne s'agit pas là de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante décrite par M. Marie en 1890. Le système veineux est aussi, chez ce malade, extrêmement développé.

Vaccine et variole simultanées.

M. Juhel-Renoy : La doctrine de *l'identité de la variole et de la vaccine* n'a, en France, que bien peu de défenseurs. On s'en tient généralement aux expériences de Chauveau et de la commission lyonnaise de 1865, d'après lesquelles la vaccine et la variole, bien qu'étroitement unies par des liens de parenté, représentent cependant deux virus distincts.

En Allemagne, au contraire, on tend de plus en plus à se rattacher à la doctrine de l'identité des deux virus, surtout depuis les importantes recherches de Fischer et de Haccius et Eternod. En employant un procédé particulier, qui consiste à recueillir et à mélanger le contenu de pustules varioliques de différents âges, puis à inoculer ce mélange à la génisse, par scarification, Fischer a toujours obtenu de vraies pustules ombiliquées ayant l'aspect et les caractères de vrais éléments jennériens. Le contenu de ces pustules, inoculé en série à des génisses, a toujours donné la vaccine, et, enfin, à la douzième génération, on a obtenu de la sorte chez des enfants une vaccine on ne peut plus légitime. La variole était donc devenue vaccine par un procédé analogue aux procédés pastoriens d'atténuation des virus.

Au point de vue dermatologique, les pustules varioliques et vaccinales sont assez ressemblantes pour faire penser à l'identité des deux virus.

C'est cette question de l'identité des deux virus qui donne un intérêt particulier aux faits d'évolution simultanée de la variole et du vaccin. M. Juhel-Renoy vient d'en observer un cas.

Un jeune homme de 20 ans, vacciné dans son enfance, perd sa mère d'une variole hémorrhagique le 5 janvier dernier. Le 9 janvier, il se fait revacciner. Le 12, il est pris des prodromes de la variole et entre à Aubervilliers. Le 14, éruption de variole discrète débutant par la face. Le 16, apparition de trois *pustules vaccinales*, remarquablement développées, aux points d'inoculation.

D'autre part, le frère de ce malade, âgé de 24 ans, ayant été vacciné dans l'enfance, soigne lui aussi sa mère, mais ne se fait pas revacciner. Le 12 janvier, le même jour que son frère, il est pris des prodromes de la variole, mais l'éruption, également discrète, ne se montre que le 16 au lieu du 14.

Il résulte de ces deux faits : qu'une variole mortelle peut ne donner naissance qu'à une variole bénigne, même en l'absence de toute revaccination; que si l'inoculation vaccinale est pratiquée pendant les prodromes de la variole ou les deux premiers jours de l'éruption, elle réussit en ce sens que les pustules vaccinales se développent, mais rarement la variole en est avantageusement modifiée.

L'histoire du premier malade confirme aussi l'opinion de Biedert, que l'immunité contre la variole commence seulement huit jours après la vaccination. Chez ce malade, qui avait été revacciné cinq jours avant, la variole a été bénigne; ceci contredit la loi

posée par Trousseau, d'après laquelle toute éruption variolique survenant au second jour de la période prodromique serait confluente. Chez son frère, qui n'avait pas été revacciné, la variole a été aussi extrêmement bénigne.

Cependant, on admet généralement que l'inoculation vaccinale, faite pendant la période d'incubation de la variole, modifie d'autant plus avantageusement cette dernière qu'elle est pratiquée à une période plus rapprochée du début de l'invasion.

M. Chantemesse : Les expériences de Fischer sont très intéressantes, mais elles ne peuvent entraîner la conviction. Le virus vaccinal peut s'exalter sans jamais se transformer en variole.

M. Juhel-Rénoy : Fischer a du moins démontré que la variole peut se transformer en vaccine par passages successifs chez la génisse.

M. Dumontpallier pense que la variole et la vaccine sont une même maladie, mais se développant différemment d'après le terrain sur lequel elle évolue.

M. Barth a observé autrefois, avec M. Fernet, un enfant dont la mère venait de mourir de variole. On avait vacciné de suite cet enfant, mais il était trop tard. Les deux affections évoluèrent parallèlement Au point de vue clinique, la marche simultanée des deux affections vient à l'appui de la doctrine de la dualité des virus.

Reviviscence du thymus

M. Marie : L'hypertrophie compensatrice éprouvée par quelques glandes vasculaires sanguines, lorsque l'une d'elles est malade, est un fait bien connu ; le thymus peut, dans de pareils cas, subir une véritable reviviscence ; cette reviviscence, M. Marie l'a constatée dans le myxœdème, dans l'acromégalie, dans le goitre exophtalmique.

Pour le myxœdème, il faut faire une distinction ; dans l'idiotie myxœdémateuse le thymus persiste, par suite de l'absence ou de l'altération du corps thyroïde dès le premier âge. Mais le myxœdème peut survenir à l'âge adulte, à la suite d'altérations du corps thyroïde ; le thymus a dû subir alors l'involution ordinaire ; cependant on peut trouver à l'autopsie un thymus parfaitement développé ; M. Marie en a observé un exemple chez une femme atteinte de myxœdème dès la vingtième année.

Dans l'acromégalie, on constate d'une façon à peu près générale l'existence du thymus. La glande pituitaire est atteinte, et probablement aussi le corps thyroïde, dans cette affection ; et comme elle ne survient guère avant la vingtième année, on peut admettre la reviviscence du thymus.

Dans un cas de maladie de Basedow, M. Marie a observé une reviviscence du thymus. Möbius en a observé lui-même un cas et cité cinq autres. Ce fait tend à prouver que dans la maladie de Basedow le corps tyroïde est plus altéré qu'on ne le pense ; il y aurait un certain degré de cachexie strumiprive, et ce ne serait pas une névrose aussi pure qu'on le croit généralement.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du jeudi 16 février 1893. — Présidence de M. Lallier.

Lichen plan traité par les douches tièdes.

M. Jacquet revient sur le cas de lichen plan que M. Faye a observé sur lui-même. Les antécédents du malade ne présentent rien de particulièrement notable. Il habitait depuis peu de temps au bord de la mer lorsque la maladie débuta, le 2 octobre, par des démangeaisons. Bientôt apparut, au niveau du gland, une petite plaque blanchâtre, sèche,

prurigineuse, que M. Faye, effrayé, prit d'abord pour une plaque muqueuse. Le lendemain, d'autres plaques apparurent et, le 13 octobre, le diagnostic de lichen plan fut porté ; à ce moment, il existait déjà des plaques dans la bouche. On conseilla l'usage de la liqueur de Fowler ; mais, malgré le traitement, la maladie s'aggrava rapidement ; les démangeaisons devinrent insupportables et empêchèrent tout travail. C'est à peine si une marche prolongée et fatigante parvenait à procurer au malade quelques instants de sommeil. En même temps, le cararactère de M. Faye changeait, il était en proie à des idées noires et devenait mélancolique et névropathe.

Toujours les démangeaisons précèdent l'apparititon des plaques.

Vers le 15 novembre, la situation était lamentable et les souffrances horribles. Pendant le jour, le malade se tenait constamment assis auprès d'un grand feu, car la chaleur diminuait un peu le prurit ; mais, le soir venu, il pouvait à peine sommeiller pendant un quart d'heure ou une demi-heure, et était obligé de se lever ; il courait au dehors à peine habillé, s'exposait au froid de la nuit, criait et pleurait comme un enfant. Souvent, il eut de la peine à résister à l'envie de mordre. L'éruption se produisit jusque dans l'intérieur du canal de l'urèthre. Une plaque rouge existait à l'entrée du méat et, en écartant les lèvres de ce dernier, on voyait cette plaque se prolonger dans l'intérieur du canal. Il est probable que des éléments congestifs existaient aussi plus haut, car, pendant la miction, le malade souffrait. Un enrouement, sans cause connue, fut probablement l'indice d'une localisation laryngée. Enfin, on peut admettre que le rectum a été atteint, car, à un certain moment, la défécation s'accompagna de douleurs assez vives, d'une sensation de brûlure très marquée.

La quantité d'urine rendue était très petite et il y avait à peine une miction peu abondante toutes les vingt-quatre heures.

M. Faye essaya tous les traitements possibles ; il continua à prendre de la liqueur de Fowler, fit usage de pommades cocaïnées, d'application d'éther et de chloroforme. Ce dernier soulageait momentanément, mais ensuite l'éruption était exagérée. Un soir, le malade prit 3 grammes de sulfonal et 5 grammes de chloral sans parvenir à obtenir le sommeil. La morphine échoua de la même façon.

L'état général devint mauvais et, le 28 novembre, M. Faye avait maigri de 14 kilogrammes.

Le 29 novembre, M. Bernier conseilla au malade de recourir aux douches tièdes, deux par jour. Ce traitement fut suivi d'une amélioration rapide, interrompue par quelques rechutes, et, après 8 jours, les douleurs avaient bien diminué. Depuis ce temps, l'amélioration est lente et progressive ; mais si l'on interrompt le traitement un seul jour, l'éruption augmente immédiatement.

M. Jacquet insiste sur la nécessité de douches biquotidiennes. On ne peut fixer à l'avance leur température, et le malade est le meilleur juge de celle qui lui convient le mieux.

— M. Bernier attire l'attention sur l'absence, dans les antécédents du malade, d'accidents nerveux ou de commotion nerveuse. Peut-être devrait-on rechercher si des erreurs dans l'alimentation n'ont pas été l'origine des accidents. Il convient de rappeler que c'est le prurit qui a occasionné la découverte de la première papule. Jusqu'à présent on n'avait pas signalé la présence des éléments éruptifs dans l'urèthre. La coïncidence de lésions sur le gland et sur la muqueuse buccale se voit aussi dans la leukokératose. Peut-être le lichen plan est-il plus fréquent chez les médecins ; de plus, chez ces derniers, il influe très rapidement sur l'état mental.

La localisation des syphilides

Dans une des dernières séances, M. MOREL-LAVALLÉE a demandé si les syphilides pouvaient se développer de préférence autour du point qui avait été le siège du chancre.

D'une lettre de M. Diday, dont M. Morel-Lavallée donne lecture, il résulte que le chancre appelle les lésions ultérieures et que souvent, autour de lui, il se développe des syphilides papuleuses ou papulo-érosives précédant la roséole. MM. Ricord et Diday ont, paraît-il, depuis longtemps insisté sur ce fait.

— Huit, dix, quinze jours après la naissance du chancre, on voit souvent, dit M. FOURNIER, de petites érosions, des abrasions du derme apparaître autour de lui, devenir, pour ainsi dire, ses satellites. On les regarde d'abord comme des chancres en retard; mais comme ces ulcérations arrivent après quelque temps, on est bientôt forcé de rejeter ce diagnostic. Aussi M. Fournier pense-t-il qu'il s'agit, dans ces cas, d'un herpès symptomatique.

D'autre part, quand les accidents secondaires arrivent, ils se développent parfois au voisinage du chancre qui provoque leur apparition autour de lui.

La trichophytie humaine

M. SABOURAUD a montré, dans une communication antérieure, que l'ancienne entité clinique considérée comme univoque sous le nom de trichophytie était un syndrôme qui pouvait causer deux sortes de parasites qu'il a distingués sous le nom de *trichophyton micro* et *mégalo sporon*, et dont les lésions, même cliniquement, pouvaient être différenciées.

M. Sabouraud s'est attaché à l'étude du trichophyton à grosses spores et a trouvé que non seulement la trichophytie humaine est double, partagée en deux groupes, mais que le premier de ces groupes, caractérisé par le parasite à grosses spores, contient un nombre d'espèces considérables, ayant chacune, sur des milieux de culture appropriés, des caractères spéciaux et différentiels.

Il y a presque plus de cas différents entre eux que de cas semblables. Et cependant toutes les contagions familiales ont donné, pour les différents individus contaminés par un même germe, des cultures absolument identiques entre elles, nouvel argument en faveur de la spécificité des espèces.

Sur 5 cas de teigne à grosses spores d'origine différente (non compris les cas de contagions de même origine), M. Sabouraud a pu différencier 19 espèces dont les caractères sont restés stables sans qu'il ait jamais pu observer le retour d'une espèce aux caractères d'une espèce voisine même après des inoculations sériées. En d'autres termes, elles lui ont semblé toutes et toujours absolument fixes. Cependant, ce dernier point ne peut être affirmé sans réserves, étant donné le polymorphisme habituel des champignons; il demande pour chaque espèce une longue suite d'expériences.

Chaque parasite cause sur les parties glabres une lésion spéciale reconnaissable entre toutes les autres. Il y a déjà les types de lésions circinées pour lesquelles M. Sabouraud peut affirmer les caractères de culture du parasite sur le seul vu de la lésion, et il y a tout lieu de croire que le nombre s'en augmentera rapidement.

C'est : 1° Le *trichophyton du cheval* qui se caractérise dans les cheveux de l'enfant par le *Kerion Celsi*, et sur la peau glabre par les *folliculites agminées* trichophytiques;

2° Une espèce que l'on peut regarder comme la teigne du chat et dont la lésion est *dysidrosiforme* avec la forme circinée caractéristique de toutes les trichophyties cutanées;

3° Une espèce que M. Sabouraud croit aussi d'origine animale sans connaître son hôte habituel. Ses caractères de culture sont intermédiaires entre ceux de la première et ceux de la seconde espèce, de même les caractères objectifs de la lésion qu'elle provoque;

4° Une espèce (probablement spéciale) de trichophyton *à petites spores* qui est caractérisée sur la peau par deux cercles érythémateux très étroits, concentriques.

Certains microbes banals ont, *in vitro*, une remarquable influence d'*arrêt* vis-à-vis de toutes les cultures de trichophyton, quelle que soit leur espèce. Une culture double de trichophyton et de l'un de ces microbes en milieu liquide, si elle est pratiquée simultanément, est impossible, le trichophyton n'y pousse pas, et s'il a été ensemencé auparavant, *il y meurt*. Si ces cultures sont faites en milieu solide, la colonie microbienne crée autour d'elle une surface et, en profondeur, une *aire nuisible*, un espace *libre imperméable au trichophyton*, que la colonie trichophytique contourne, mais qu'elle n'envahit jamais.

Ce fait d'observation expérimentale vient appuyer un fait d'observation clinique : la racine du cheveu normal est stérile; dans une teigne tondante non traitée, elle contient toujours le trichophyton *en culture pure*, et quand la même teigne, au contraire, est en voie de guérison, les microbes banals signalés plus haut coexistent toujours avec le trichophyton, dans la racine pilaire. L'action des topiques médicamenteux antiseptiques crée ces infections secondaires par l'irritation qu'elle provoque et qui se traduit objectivement par une dermite bénigne. Or, l'état permanent d'irritation paraît abréger beaucoup la durée de la maladie; c'est un point que nombre de maîtres ont affirmé et que l'on peut vérifier journellement. Il est donc probable que la guérison de la teigne résulte de cette concurrence vitale qu'il est facile de vérifier expérimentalement, et qu'elle ne relève pas directement d'une médication antiseptique quelconque, mais bien de l'inflammation et de l'infection *substitutive* que celle-ci provoque par traumatisme.

Communications diverses.

— M. Cathelineau lit trois observations d'intoxication iodoformique. Chez l'un des malades, la verge présentait une coloration rouge écarlate, et l'on aurait pu croire à une lymphangite symptomatique d'un chancre sous-préputial; or, on voit que, dans ces cas, l'incision s'impose afin de prévenir la gangrène.

— M. Brocq communique, au nom de M. Juhel-Renoy, l'observation d'une femme atteinte de dermatite exfoliatrice généralisée; la maladie a entraîné la mort, et l'on n'a rien trouvé à l'autopsie, sauf une notable hypertrophie splénique.

De la discussion qui suit cette lecture, il semble résulter qu'il s'agissait peut-être d'un cas d'érythème scarlatiniforme ou encore d'une dermatite mercurielle.

— M. Puy-Leblanc a envoyé la relation d'un fait de dermatite vésiculeuse des deux mains provoquée par l'usage de gants rouges, dit « peau de chien ». La substance employée pour colorer les gants renferme de l'acide picrique.

— M. Galezowski a pu, à l'aide d'un appareil spécial, étudier les lésions de l'ora serrata de la choroïde, et a reconnu qu'elles sont fréquentes dans la syphilis.

— M. Hallopeau présente une malade atteinte d'une tuméfaction œdémateuse, généralisée, résistant au doigt, du tégument externe; elle persiste depuis dix-huit mois; elle diffère du myxœdème par l'absence de l'état crétinoïde et des troubles locomoteurs; elle ne peut être rattachée à des poussées successives d'urticaire.

MM. Hallopeau et Jeanselme communiquent un cas de lipomes multiples remarquables par leur développement rapide et simultané, ainsi que par leur localisation simulant des tumeurs parotidiennes et thyroïdiennes; une biopsie a permis d'arriver au diagnostic.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 février 1893. — Présidence de M. CHAUVEAU.

SOMMAIRE : Bacillus septicus putridus et proteus vulgaris. — Syringomyélie

M. ROGER : Les analogies qui existent entre le *bacillus septicus putridus* et le *proteus vulgaris* ont conduit M. Roger à rechercher si les cultures de ce deuxième microbe n'exerceraient pas sur le cœur de la grenouille une action semblable à celle que produit le bacillus septicus. Il a opéré comme il l'avait fait avec ce bacille, et il s'est constamment servi de la méthode graphique.

Les toxines du proteus ralentissent les battements du cœur, augmentent leur amplitude, modifient la forme du tracé de la même façon que les cultures du bacillus septicus. On pourrait donc croire que les effets sont identiques dans les deux cas; il n'en est rien, car le cœur, empoisonné par les cultures du proteus, conserve son excitabilité par les agents mécaniques ou physiques; au contraire, les cultures du bacillus septicus rendent le cœur complètement inexcitable, même à une période peu avancée de l'intoxication; c'est là le caractère le plus curieux de cet empoisonnement, et ce phénomène ne s'observe pas avec les toxines du proteus.

Ces faits démontrent donc que les troubles que M. Roger avait observés ne constituent pas des manifestations banales, qui pourrait produire toute espèce de microbe; ce qui achève de ruiner cette objection, c'est que les toxines du bacille diphtéritique ont encore une action différente : elles ralentissent légèrement les battements et diminuent un peu leur amplitude; ces effets sont, du reste, peu marqués et nullement comparables à ceux qu'on obtient avec les deux autres microbes que M. Roger a étudiés.

Syringomyélie et poliomyélite chronique de l'adulte d'origine ischémique.

M. G. MARINESCO : La dénomination de syringomyélie a été attribuée communément à divers processus dont l'aboutissant est la formation de cavités dans la moelle épinière; l'hydromyélie (vice de conformation d'origine congénitale), la myélite cavitaire (inflammation à tendance destructive), la syringomyélie gliomateuse (Charcot). M. Marinesco ne veut considérer que la syringomyélie dite gliomateuse, qu'il désire comparer à une affection caractérisée, elle aussi, par la formation de cavités dans la substance grise de la moelle.

Dans la syringomyélie, il existe une hyperplasie de la névroglie qui entoure le canal central et qui reconnaît pour *cause ordinaire l'irritation et la prolifération de l'épithélium épendymaire*. M. Marinesco *n'a pas trouvé le bacille de la lèpre dans une moelle de syringomyélie qu'il vient d'examiner.*

Dans l'affection qu'il étudie, à la suite des altérations vasculaires chroniques aboutissant à des oblitérations plus ou moins complètes, il se fait dans la corne antérieure de petites cavités entourées d'une hyperplasie assez prononcée de la névroglie. L'affection existe chez les adultes et chez les vieillards, et parfois elle s'associe à la sclérose des cordons postérieurs donnant alors la raison des atrophies musculaires tabétaires. M. Marinesco a donné à ce processus le nom de *poliomyélite chronique de l'adulte d'origine ischémique* pour le différencier, et de la poliomyélite vulgaire et des processus décrits sous le nom de myélite cavitaire. Son origine et son évolution montrent, d'autre part, qu'elle se sépare très nettement de la syringomyélie.

— M. CHARRIN étudie les modifications humorales dans l'infection expérimentale. Ces modifications, quand on inocule le bacille pyocyanique, sont nombreuses. Les sécrétions intestinales sont plus que doublées; elles sont liquides, riches en pigments. Les urines

sont très diminuées et elles renferment de l'albumine. L'urée peut monter de 4 à 27 en cinq jours; l'acide phosphorique, de 0,20 à 2,50; le chlore s'abaisse de 4 gr. à 2 gr. 60. Les urines renferment des toxines. La ligature de l'uretère aggrave la maladie. Le sang contient moins d'oxygène, les principes bactéricides apparaissent, la bile est diminuée. Les toxines pyocyaniques actionnent les vaso-moteurs, influencent la pression, paralysent certains nerfs; il peut donc y avoir des actions sécrétoires directes ou indirectes.

BIBLIOTHÈQUE

Petit précis de thérapeutique oculaire, par le Dr A. Bourgeois. — Paris, O. Doin, 1893. — Un livre de ce genre ne peut s'analyser. Nous dirons simplement que l'auteur, passant en revue les affections les plus communes des yeux, a donné pour chacune d'elles les indications thérapeutiques les plus pratiques. M. Bourgeois a insisté avec raison sur les dangers qui peuvent résulter de l'emploi immodéré de certains médicaments très utiles mais aussi très actifs, et a donné au praticien les indications nécessaires pour les éviter.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. Maurel. — Paris, O. Doin, 1892. — Dans ce septième fascicule de ses recherches sur les leucocytes, M. Maurel montre que les corps étrangers ne peuvent agir que mécaniquement et, ne dépassant pas un certain volume, peuvent être absorbés par nos leucocytes sans diminuer en rien leur activité et la durée de leur existence.

Si la pénétration d'un corps quelconque tue les leucocytes, c'est que ce corps renferme une substance toxique. Les leucocytes absorbent la poudre de noix vomique et le strychnine, et meurent sans rejeter les particules dangereuses; ils absorbent les microbes non pathogènes et peuvent les détruire. Il est très probable que, dans l'infection charbonneuse, la mort des leucocytes joue un grand rôle dans celle de l'animal, et que peut-être même la mort de l'animal n'est qu'une conséquence de celle de ces éléments.

La pratique gynécologique et obstétricale des hôpitaux de Paris, par Paul Lefert. — Paris, J.-B. Baillière, 1893. — L'auteur a présenté la pratique des gynécologistes et des accoucheurs des hôpitaux : Auvard, Bar, Budin, F. Guyon, G. Richelot, etc. Il a traité les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin et chirurgien: l'antisepsie gynécologique et obstétricale, le cancer de l'utérus, la castration, le curage et le curettage de l'utérus, etc. Cet ouvrage renferme plus de 400 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés, et est des plus faciles à consulter.

COURRIER

Concours du Bureau central en médecine. — Le jury de ce concours a été tiré mardi dernier, et hier encore les candidats étaient dans une grande anxiété, se demandant les raisons pour lesquelles on taisait absolument les noms sortis de l'urne. Un membre même du jury n'avait pu arriver à connaître ceux des collègues désignés par le sort. Chacun faisait hier entendre sa liste, et certains journaux, comme la *Médecine moderne*,

par exemple, annonçait les noms suivants : MM. Fernet, d'Heilly, Joffroy, Proust, Tillaux.

Nous sommes heureux de pouvoir donner aujourd'hui la liste définitive des médecins des hôpitaux appelés à figurer dans ce concours.

Ce sont MM. Robin, d'Heilly, Fernet, Joffroy, Brault, E. Labbé, Peyrot.

— Par décret, en date du 15 février 1893, sont nommés pour l'année 1893 : Vice-président du conseil supérieur de l'instruction publique, M. Berthelot; secrétaire, M. Liard.

— Mistress Mary Putnam vient d'être élue présidente de la section neurologique de l'Académie de médecine de New-York. C'est la première fois qu'une femme docteur est appelée, par un vote, à présider une Société savante.

— La réunion annuelle de la Société française d'otologie et de laryngologie aura lieu le 12 mai prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° Traitement de l'otorrhée;

2° Traitement de la tuberculose laryngée;

3° Affections des cavités accessoires du nez.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Les listes d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine ont été ainsi arrêtées :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Geofroy; 3. Mathis; 4. Duchateau; 5. Bertrand; 6. Dupont; 7. Laugier; 8. de Fornel; 9. Talairach.

Médecins principaux : MM. 1. Fontorbe; 2. Galliot; 3. Burot; 4. Miquel; 5. Maget; 6. Léo; 7. Vantalon; 8. Ortal; 9. Pascalis; 10. Canoville; 11. Siciliano; 12. Ed. Roux; 13. Cantelleauve; 14. Riche.

Médecins de 2e classe : MM. 1. Briend; 2. Onimus; 3. Prat-Flottes; 4. Garnier; 5. Renault; 6. Cairon; 7 Palasne de Champeaux; 8. Conan; 9. Vergues; 10. Doublet; 11. Derobert; 12. Chevalier; 13. Martel; 14. Lenoir; 15. Bossuet; 16. Bonnescuelle de Lespinois.

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe : 1. Tréguier; 2. Castagné; 3. Plouzané; 4. A. Reynaud; 5. Clavel.

MM. les médecins de 2e classe : 1. Salaun; 2. Le Marchadour; 3. de Moutard; 4. Lorin; 5. Bonnefoy; 6. Duguet; 7. Berriat.

— M. le médecin principal Vaysse, du corps de santé des colonies, est désigné pour servir à Mayotte.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

LA VARIOLE PENDANT LA GROSSESSE A L'HOPITAL D'AUBERVILLIERS PENDANT L'ANNÉE 1892

Par le Dr Richardière
Médecin des hôpitaux

(Suite et fin.)

III. Avortements. — La variole a causé trois fois l'avortement. Dans deux cas, il s'agissait de varioles confluentes, qui se sont terminées par la mort de la mère.

Une des deux malades, B... (Albertine) était enceinte de six semaines. L'autre était enceinte de six mois.

Chez ces deux malades, l'expulsion du fœtus a eu lieu seulement quelques heures avant la mort de la mère. Ce n'est donc pas à l'infection puerpérale compliquant la variole qu'on peut attribuer la terminaison fatale, c'est la gravité de la variole (qui était confluente) qui a causé simultanément la mort des mères et celle des enfants qu'elles portaient dans leur sein.

La troisième malade était enceinte de deux mois. Elle avorta huit jours après le début de l'éruption. L'avortement fut succédé d'une métrorrhagie assez abondante.

Cette troisième malade guérit. Elle fut prise, cinq jours après son avortement, d'un accès de fièvre, pendant lequel la température monta à 39°,5 en même temps qu'apparaissaient des signes d'infection utérine. Ces signes d'infection cèdèrent immédiatement après une injection intra-utérine. Une nouvelle et légère ascension thermique, deux jours après, nécessita une seconde injection intra-utérine.

Chez ces trois malades, l'avortement s'est produit au moment de la période de suppuration.

Nous n'avons pas observé d'avortement pendant les autres périodes de la variole. L'avortement peut cependant se produire en dehors de la période de suppuration. Il a été observé à la période prodromique avant l'éruption et pendant la période d'éruption. Une fois la dessication des pustules, il ne paraît plus à redouter.

Obs. VIII. — Variole. Grossesse de deux mois. Avortement.

M... (Léonie), 22 ans. Vaccinée. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers le 22 juin pour une variole, au troisième jour de l'éruption.

L'éruption est discrète. Il existe dans la bouche de nombreuses pustules qui causent une grande gêne de la déglutition. La respiration est également gênée dans une certaine mesure. La muqueuse génitale est couverte de pustules.

Traitement : Bain de sublimé quotidien.

Le 25 juin, fièvre de suppuration qui dure trois jours.

Le 27, la malade, qui ne se savait pas enceinte, a une hémorrhagie utérine assez abondante suivie de l'expulsion d'un embryon de six semaines à deux mois.

Le 2 juillet, frisson intense, pendant lequel la température monte subitement à 39°5. En même temps, le ventre est douloureux et ballonné.

Immédiatement injection intra-utérine de deux litres de sublimé à 0,50 centigr. par litre. Le soir, la température était descendue à 37°6.

Depuis lors, la température reste normale jusqu'au 4 juillet, où elle monte à 38 le soir. Nouvelle injection intra-utérine de sublimé, qui fait baisser la température.

Aucun accident ultérieur. La malade quitte l'hôpital guérie.

Obs. IX. — Variole confluente. Grossesse de six semaines. Expulsion de l'embryon le jour même de la mort de la mère.

B... (Albertine), 33 ans. Non vaccinée. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers le 1er août pour une variole qui a débuté le 24 juillet.

L'éruption est confluente à la figure, extrêmement abondante sur le corps et sur les muqueuses buccale et respiratoire.

Traitement : Bains de sublimé, deux fois par jour.

Le 7 au matin, métrorrhagie et expulsion d'un embryon pouvant avoir six semaines. Les dernières règles remontaient à deux mois.

Le soir, mort de B...

A l'autopsie : Broncho-pneumonie variolique. Myocardite graisseuse. Epanchement sanguin dans le péricarde.

Obs. X. — Variole confluente. Grossesse de six mois. Expulsion d'un fœtus mort le jour même de la mort de la mère.

D... (Céline), 32 ans. Vaccinée. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers pour une variole confluente. l'éruption, confluente à la face et sur les paupières, est également très abondante sur les muqueuses. Il y a une dysphagie extrême. La respiration est fréquente et pénible.

D... est enceinte de six mois. Elle sent son enfant remuer. Les battements du cœur du fœtus sont très nets.

Traitement : Deux bains de sublimé par jour,

Le 22, la malade présente les premiers signes d'une complication consistant dans un phlegmon profond du cou ; l'abcès s'accuse dans le pharynx le 26.

Le 27, l'enfant ne remuait plus. Les battements du cœur du fœtus n'étaient plus perceptibles.

Le soir de ce jour, expulsion d'un fœtus mort.

La malade meurt le lendemain.

A l'autopsie : Vaste suppuration du tissu cellulaire de la région sus-hyoïdienne et de la région sterno-mastoïdienne, qui communique avec un vaste foyer de suppuration situé derrière l'amygdale.

A l'examen des viscères, on constate une congestion hypostatique double des poumons ; une double pleurésie avec épanchement hémorrhagique.

L'utérus ne présente pas d'altérations morbides appréciables.

IV. Accouchements pendant la variole. — Deux malades, enceintes et à terme, ont accouché pendant la variole.

La nommée D... (obs. XI) accoucha avant l'éruption, le lendemain même de l'apparition des premiers symptômes généraux, prodromiques de l'éruption. Elle guérit sans aucune complication. Elle n'eut à aucun moment de symptômes d'infection puerpérale.

L'enfant de cette femme fut atteint de variole le onzième jour après sa naissance et guérit.

Une autre malade (la nommée S...) accoucha au septième jour de l'éruption d'une varioloïde; son enfant était mort. Le troisième jour et le huitième jour après l'accouchement, cette malade eut une fièvre légère, qui céda aux injections intra-utérines. La malade guérit.

Obs. XI. — Varioloïde. Accouchement, avant l'éruption, d'un enfant vivant, qui eut la variole.

D..., 24 ans. Les premiers symptômes de la varioles débutent le 23 avril par de la fièvre, du mal de tête, des douleurs de rein et des vomissements.

Le lendemain, la malade, qui était enceinte et à terme, accoucha d'une petite fille vivante, normalement constituée.

Les symptômes prodomiques de la variole persistent pendant l'accouchement et les jours suivants. 27 avril, Ledébut de l'éruption qui est discrète sur la peau. Quelques pustules sur les muqueuses buccale et laryngée.

Pas de fièvre de suppuration. La malade a guéri sans aucune complication.

L'accouchement n'a déterminé aucune aggravation de la variole.

Les suites de couches ont été parfaitement normales. Les deux jours qui ont suivi l'accouchement, la température a été de 38° et quelques dixièmes. Mais l'accouchement avait eu lieu en pleine période prodromique de la variole, avant l'éruption. La fièvre doit donc être attribuée à l'infection variolique.

Le traitement a consisté dans des injections vaginales de sublimé trois fois par jour et dans un pansement antiseptique de la vulve.

L'enfant mis au monde le 27 avril par la femmme D..., a été atteint de variole. Le maladie a débuté le 8 mai par de la fièvre et par de la diarrhée verte. L'éruption s'est montrée quatre jours après et a été fort discrète. Il n'y a pas eu de fièvre de suppuration.

L'enfant a guéri de sa variole. En raison de la variole de la mère, l'enfant a été nourrie dès sa naissance et pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, uniquement avec du lait stérilisé.

D... et son enfant ont quitté l'hôpital, guéries toutes deux, le 18 juin.

Obs. XII. — Varioloïde. Grossesse à terme. Accouchement d'un enfant mort.

S... (Suzanne), 27 ans. Vaccinée. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers le 1er octobre avec une éruption de variole discrète.

S... est enceinte et à terme.

Traitement : Bains de sublimé quotidien.

Pas de fièvre de suppuration.

Le 5 octobre, accouchement facile d'un enfant mort-né.

Pendant la période puerpérale, à deux reprises différentes, légère élévation de la température qui monte, le 8 octobre et le 13, à 38,4. Immédiatement après cette élévation de la température, injections intra-utérine de sublimé à 50 centig. par litre. Les injection de sublimé eurent pour effet de faire baisser aussitôt la température.

Il n'y eut pas d'autre signe d'infection que ces deux poussées fébriles.

La malade, guérie, a quitté l'hôpital le 13 novembre.

L'autopsie du fœtus n'a pas permis d'établir les causes de sa mort. Il n'y avait pas de puscules de variole sur sa peau.

V. — Enfin, une malade enceinte de quatre mois présenta une variole hémorrhagique. Cette malade succomba peu d'heures après son entrée à l'hôpital. L'utérus renfermait un fœtus mort non expulsé.

Cette variole hémorrhagique, primitivement hémorrhagique, a été la seule qui ait été constatée dans les varioles observées chez des femmes enceintes.

En présence de ce fait unique, il est difficile d'admettre que le caractère hémorragique de la variole ait été due à la grossesse. Nous ferons cependant remarquer que cette variole primitivement hémorrhagique a été la seule que nous ayons observée sur les 200 cas de variole que nous avons soignés l'année dernière à Aubervilliers.

Obs. XIII. — Variole hémorrhagique. Mort.

S... (Hélène), 32 ans. Entrée le 6 mars à l'hôpital d'Aubervilliers pour une variole manifestement hémorrhagique, caractérisée par des pétéchies nombreuses, des papules à peine saillantes, d'un rouge ecchymotique. La malade a eu des hémoptysies et des hématuries.

S... est enceinte de quatre mois. Elle n'a pas eu de métrorrhagies depuis le début de la variole.

La mort a lieu quelques heures après l'entrée à l'hôpital sans qu'il y ait eu expulsion du fœtus.

A l'autopsie, lésions ordinaires de la variole hémorrhagique.

L'utérus renferme un fœtus mort, paraissant avoir cinq mois de vie intra-utérine. Il n'y a pas d'hémorrhagie intra-utérine. Le placenta encore adhérent se décolle facilement. Il n'est pas le siège d'hémorrhagie. Les trompes sont remplies de sang.

VI. — On voit, en résumé, que, sauf dans un cas, celui de la malade de l'observation VIII, la grossesse n'a été influencée ni par la varioloïde ni par la variole avec éruption même abondante, mais non confluente.

La mort du fœtus a toujours eu pour cause, soit une variole confluente (2 cas), soit une variole hémorrhagique (1 cas). Dans les cas de varioles confluentes, l'avortement n'a précédé la mort de la malade que de quelques heures. Il est arrivé presque dans la période de l'agonie.

Les suites des deux accouchements, survenus en pleine éruption de variole et du seul avortement avec survie de la mère, ont été remarquablement bénignes.

La présence de nombreuses pustules en voie de suppuration sur la peau et sur la muqueuse génitale, où elles étaient agglomérées, nous faisait redouter l'apparition d'accidents infectieux pendant la période puerpérale. Dans un cas, les suites de couches ont été absolument régulières. Dans les deux autres cas, il y a eu une ou deux ascensions thermiques qui ont cédé rapidement.

Le traitement prescrit à toutes les malades a consisté dans le traitement antiseptique de la variole, en usage à Aubervilliers.

Toutes les malades prenaient chaque jour un bain de sublimé d'un quart d'heure, les malades dont l'éruption était abondante, en prenaient deux. De plus, les organes génitaux externes étaient constamment recouverts

de compresses de tarlatane, fréquemment imbibées de liqueur de Van Swieten étendue, pulvérisée sur la tarlatane. Enfin, des injections vaginales de sublimé à 0,50 centigr. par litre étaient faites deux fois par jour.

Ce traitement suivi par les malades en état de grossesse a été continué, sans modification, après l'accouchement ou après l'avortement. Il n'a été fait d'injection intra-utérine au sublimé que dans les cas où il y avait ascension thermique. Les injections intra-utérines ont eu un résultat excellent ; elles ont toujours amené rapidement la disparition des accidents.

L'emploi du sublimé a été bien supporté dans tous les cas, sauf dans un seul. Chez la malade de l'obs. VII, il y a eu une stomatite, d'intensité modérée, qui a nécessité la suppression du sublimé et son remplacement par le permanganate de potasse.

REVUE DE L'HYGIENE

Stérilisation des outils des bouchers. — Dans sa dernière réunion, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a été appelé à s'occuper de cette question, à l'occasion d'une proposition présentée par M. Deligny au Conseil municipal, et renvoyée à la deuxième commission. M. Deligny, s'appuyant sur la rapide altération des viandes après leur contact avec des outils malpropres, exprimait le vœu que l'administration fut invitée à donner des ordres pour que, tous les jours, à la fin du travail, tous les outils des bouchers fussent nettoyés et stérilisés par des moyens que le Conseil d'hygiène serait chargé de déterminer.

M. Nocard, dans un rapport très étudié, a démontré que la proposition de M. Deligny n'était ni urgente ni pratiquement réalisable. Il faudrait, pour qu'elle atteignît son but, qu'on ne se bornât pas à stériliser les outils proprement dits, mais qu'on appliquât cette mesure à tous les objets servant au transport des viandes habillées (treuils, pentes en fer, chevilles, balances et tout le matériel fixe) qu'on désinfectât les merlins, les maillets, les boutiques, les étaux, les cordages, les masques, les jambiers, le linge, les seaux, le sol des cours, échaudoirs, brûloirs, pendoirs, les paniers, bassins, voitures, etc. Il faudrait faire de même dans les halles, marchés, dans les étaux de boucherie, de charcuterie, les débits de triperie, etc.

Cette mesure n'est donc pas réalisable et elle n'est pas urgente, car il suffit de passer quelque temps dans un abattoir pour constater le soin que les bouchers apportent dans leur opération, le brillant et la propreté de leurs couteaux, la précaution qu'ils ont de se laver à chaque instant les mains pendant l'habillage, et cela dans leur intérêt même et afin que la viande ait meilleur aspect.

M. Nocard fait, en passant, la critique du soufflage qui fait pénétrer des germes dans le tissu cellulaire avec l'air atmosphérique qu'on y pousse. Il propose d'adapter, à l'âme du soufflet, un simple filtre d'ouate qui arrêterait les germes au passage. Le soufflage du tissu cellulaire est toléré dans les abattoirs pour faciliter la séparation de la peau, mais celui des muscles, qu'on appelle *la musique* dans les échaudoirs et qui a pour but de donner à la viande plus de relief et d'apparence, celui-là est sévèrement interdit par les ordonnances de police. Du reste, on commence à renoncer au soufflage du tissu cellulaire lui même dans un grand nombre d'abattoirs.

Après une courte discussion sur les inconvénients de cette pratique, le Conseil adopte

les conclusions du rapport de M. Nocard, lesquelles consistent à rejeter la stérilisation des outils proposée par M. Deligny et à se contenter de demander l'exécution rigoureuse du paragraphe Ier de l'article II de l'ordonnance de police du 2 août 1892, prescrivant que *tous les outils, instruments et ustensiles nécessaires à l'habillage, soient entretenus en bon état de service et de propreté*. Sur la proposition du président, il émet l'avis qu'il y a lieu de mettre à l'étude la question du soufflage. (*Bulletin municipal officiel* du 22 février 1893.)

Expériences de Pettenkofer sur la transmission du choléra. — Le professeur de Pettenkofer, l'éminent hygiéniste de Munich, a fait, le 12 novembre 1892, à la Société de médecine de cette ville, une communication qui a produit dans le monde savant une impression profonde et a été reproduite par la plupart des organes de la presse médicale. Elle a trait à des expériences faites par lui et par le professeur Emmerich, sur eux-mêmes, pour se rendre un compte exact de la spécificité du bacille cholérique. Pendant l'épidémie de choléra de Hambourg, ils se sont fait envoyer de cette ville, par M. Gaffky, des liquides cholériques qu'ils ont cultivés suivant les méthodes habituelles. Le 7 octobre, devant témoins, M. de Pettenkofer, étant à jeun, avala 1 centimètre cube de ce bouillon de culture additionné de 1 gramme de bicarbonate de soude dissous dans 100 grammes d'eau. Cette addition avait pour but de neutraliser l'acidité du suc gastrique, les milieux acides étant, comme on le sait, hostiles aux microbes. Il ne changea rien à son régime et en fut quitte pour une diarrhée qui survint au bout de quarante-huit heures et dura pendant quatre jours. Les garde-robes, examinées avec le plus grand soin par MM. Emmerich et Pfeiffer, contenaient des myriades de bacilles-virgule à l'état de cultures pures.

Le professeur Emmerich fit la même expérience le 17 octobre et prit 10 centigrammes de culture de bacilles cholériques bien développés et agés de vingt-quatre heures, dans 100 grammes d'eau alcalinisée. Il ne changea rien à son régime, commit volontairement des imprudences, but le soir même trois litres et demi de bière et en fut quitte également pour de la diarrhée qui survint la nuit suivante et dura six jours. Elle fut toutefois plus grave que celle de son collègue, car il eut de quinze à vingt selles riziformes par jour, avec des gargouillements, une soif intense, de la sécheresse du pharynx et de l'affaiblissement de la voix. La présence du bacille-virgule fut constatée dans les selles du 18 au 28 octobre. Cette légère indisposition ne laissa aucune trace.

M. de Pettenkofer en conclut que le bacille-virgule, en se développant dans l'intestin, n'y produit pas le poison spécifique du choléra. Il ne suffit pas pour faire naître la maladie; il faut pour cela, dit-il, trois éléments : 1° le microbe cholérique, c'est-à-dire le germe spécifique; 2° la disposition du moment et du lieu; 3° la prédisposition individuelle. L'expérience qu'il a tentée impunément à Munich, alors complètement indemne de choléra, eût été probablement mortelle à Hambourg, en pleine épidémie, et cette épidémie elle-même a été, à ses yeux, provoquée ou du moins aggravée par la sécheresse de l'été de 1892, la profondeur excessive de la nappe souterraine et la souillure continuelle de l'eau de l'Elbe, qui, refoulée par le flux et le reflux, imbibe et contamine sans cesse le sous-sol hambourgeois. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, janvier 1893, p. 52.)

L'éminent hygiéniste revient, comme on le voit, à sa doctrine favorite. Ses expériences et celles d'Emmerich ont un grand poids et sont de nature à modifier quelque peu les idées un peu trop exclusives que nous professons en France sur la transmission des maladies contagieuses par les eaux potables. Elles ne sauraient, toutefois, les infirmer. Les faits qui montrent le choléra suivant le cours des ruisseaux, entrant dans les villes avec les sources infectées, sont trop nombreux pour être annulés par les résultats négatifs

d'une expérience de laboratoire. Il est très possible que la culture ait atténué la virulence des bacilles venus de Hambourg. Dans ses expériences, M. Bouchard a donné le choléra à des lapins en leur injectant les évacuations alvines de cholériques, tandis qu'ils n'en présentaient aucun symptôme quand il se bornait à leur injecter des cultures pures de bacilles-virgule. En tout état de choses, la prudence la plus vulgaire exige qu'on veille, avec le soin le plus jaloux, sur la pureté des eaux potables, et, comme depuis le 15 février, jour de la rupture du siphon de Chezy-sur-Marne, on a supprimé la distribution d'eau de source dans les XVIIIe, XIXe, XXe arrondissements et dans le quartier des Bassins (XVIe arrondissement) pour la remplacer par de l'eau de Seine, on fera bien, jusqu'à nouvel avis du service des eaux et pendant les quinze jours qui suivront, de faire bouillir ou de filtrer l'eau à la porcelaine avant de la boire.

Les mouches et la dissémination du choléra. — Si les bacilles qu'on cultive ne donnent pas le choléra, il paraît qu'il n'en est pas de même des insectes. Il résulte des expériences du docteur Simmonds (de Hambourg) qu'ils sont très susceptibles de le transporter.

Au cours de la dernière épidémie, il a fait l'expérience suivante : Il a pris neuf mouches qui venaient de s'abattre sur l'intestin d'un cholérique dont on avait fait l'autopsie et les a enfermées, pendant quarante-cinq minutes, dans un large flacon où elles pouvaient voler à l'aise, où l'air et le mouvement pouvaient dessécher et neutraliser les parcelles de virus cholérique adhérant à leurs pattes; puis il les a introduites dans un tube contenant de la gélatine liquéfiée. Au bout de deux jours, toutes les plaques étaient couvertes de colonies de bacilles-virgule. Dans une autre expérience, six mouches furent placées sous une cloche, avec un fragment d'intestin de cholérique, puis dans un grand vase, où elles demeurèrent une heure et demie; enfin, chacune d'elles fut enfermée dans un tube de gélatine. Celle-ci, versée ensuite sur des plaques, donna naissance à d'innombrables colonies de bacilles-virgule.

Ces expériences prouvent qu'en temps d'épidémie, il ne faut pas laisser les pièces d'autopsie exposées au contact des mouches; il serait prudent également d'abriter contre elles les déjections des cholériques, car ces insectes peuvent porter les germes qu'ils y ont puisés sur les soupes, les sauces, les laitages et tous les aliments liquides qui constituent d'excellents bouillons de culture. (*Deutche med. Wochenschrift,* 1892, n° 41, et *Bulletin médical,* p. 1331.)

Germes charbonneux dans la vase du ruisseau d'une tannerie. — La transmission des maladies infectieuses par les eaux est d'une telle importance qu'il ne faut négliger aucun des faits qui s'y rapportent. Ceux que nous allons exposer prouvent que la bactéridie charbonneuse peut se multiplier dans la vase des ruisseaux et transmettre la maladie. A la séance du 8 décembre 1892, de la Société centrale de médecine vétérinaire, M. Weber, au nom de M. Galtier, a communiqué une observation qui le démontre. Pendant l'été de 1892, dans une ferme située sur le bord d'un petit ruisseau dans lequel s'écoulaient les eaux d'une tannerie, et en aval de celle-ci, on vit mourir successivement trois vaches et une chèvre avec tous les symptômes du charbon gastro-intestinal. Peu de temps après, six personnes qui avaient travaillé près de ce ruisseau furent atteintes de pustule maligne, et l'une d'elles mourut du charbon. Cette maladie étant presque inconnue dans la localité, on incrimina le ruisseau dans lequel se déversaient les eaux de la tannerie et où les animaux allaient boire en piétinant la vase où croupissaient les détritus putrides provenant des peaux soumises au trempage.

Des échantillons de l'eau et de la vase du ruisseau suspect furent adressés, par le propriétaire, à M. Galtier, qui les examina, les inocula à des lapins et communiqua à l'un

d'eux un charbon bactéridien, dont il mourut au bout de quatre jours avec d'innombrables bactéridies dans le sang, la rate, le foie, etc. Des cobayes inoculés avec une goutte de sang du cœur de ce lapin sont morts charbonneux en moins de quarante-huit heures. Il est hors de doute que ces germes provenaient de la tannerie, où l'on exploitait des cuirs secs venant du Cap et des cuirs verts de la région des Alpes.

La conclusion pratique qu'en tire M. Galtier, c'est que, tant que des mesures sanitaires rigoureuses ne seront pas appliquées aux cadavres et aux débris cadavériques des animaux morts de maladies contagieuses, il ne faudra pas autoriser l'établissement des tanneries sur les petits cours d'eau à faible débit, à moins qu'on ne désinfecte les eaux de trempage avant de les y laisser couler.

Au cours de la discussion qui a suivi la communication de M. Galtier, on a rappelé que des faits semblables avait été rapportés par M. Nocard et par M. Trasbot. (*Recueil de médecine vétérinaire*, VIIe série, t. IV, nº 24, p. 732.)

Pour en finir aujourd'hui avec la transmission des maladies infectieuses, notons qu'un médecin anglais vient de signaler trois cas de scarlatine transmise par les livres d'un cabinet de lecture qui avaient séjourné dans une famille où régnait cette maladie.

Graissage des urinoirs. — Les villes comme Paris qui peuvent consacrer 450,000 mètres cubes d'eau par jour à leur service public ne sont pas forcées de l'économiser et peuvent la répandre à flots dans leurs urinoirs pour les nettoyer d'une manière continue; mais c'est une grande dépense de liquide. Il y a dans Paris 1,450 urinoirs à rosace ou à cuvette de déversement et 2,124 cases supplémentaires (1). Le débit est réglé de manière à ne dépenser que 4 mètres cubes d'eau en moyenne par vingt-quatre heures et par mètre linéaire. On comprend, pourtant, qu'une pareille dépense ne soit pas possible dans les villes qui n'ont que des ressources bornées. C'est le cas de Vienne qui, avec la dérivation de l'eau très pure des sources de Semmering, avec celles du Danube et de la nappe souterraine élevées par les machines de Pottschach, n'arrive qu'à 71,000 mètres cubes par jour, c'est-à-dire à 50 litres d'eau par jour et par habitant. Une pareille pénurie est incompatible avec des prodigalités, comme celles qu'on peut se permettre dans les villes abondamment pourvues; aussi a-t-on imaginé un mode de construction des urinoirs qui permet de faire l'économie de l'arrosage (2). L'inventeur, M. G. Beetz, fait badigeonner chaque jour la surface libre des plaques verticales (en fer ou en ardoise) de l'urinoir, avec une petite quantité d'une huile minérale réputée désinfectante et dont il tient la composition secrète. L'urine glisse sur cette surface onctueuse sans la pénétrer ni la corroder. L'eau du service public n'arrive plus jamais dans ces urinoirs qui n'ont cependant aucune odeur, à ce qu'on prétend.

Les 19 urinoirs contenant 404 places établis à Vienne sur ce nouveau modèle, sont parfaitement inodores, au dire de M. l'architecte Kyllman, conseiller municipal de Berlin, tandis que les anciens, qui sont arrosés par un filet d'eau courante, sont absolument infects. A Vienne, le graissage des urinoirs est renouvelé tous les jours. Je ne suis pas enthousiaste de cette innovation. En théorie, sans doute, l'urine doit glisser sur cette surface huileuse, à la condition que l'huile ne sont pas entraînée par l'urine chaude, qu'elle ne se sèche pas dans l'intervalle des visites, que le graissage soit bien fait, etc.

(1) *Annuaire statistique de la Ville de Paris pour 1889.*

(2) ***Le rinçage à l'huile des urinoirs***, **par M. Beranek.** (*Le Génie sanitaire*, **15 août 1892, p. 120.)**

Ce sont bien des conditions, et je doute que, dans la pratique et pendant les chaleurs de l'été, ces urinoirs soient aussi inodores que le disent ceux qui les ont imaginés. En attendant, les villes abondamment pourvues d'eau, comme la plupart des nôtres, feront bien de continuer à arroser libéralement leurs urinoirs.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène

Traitement de la tuberculose par la méthode sclérogène

M. Ozenne : Il paraît rationnel de fonder des espérances sur l'emploi de la méthode sclérogène dans les cas suivants :

1° Contre la tuberculose du testicule et de l'épididyme ;

2° Contre la tuberculose du testicule, de l'épididyme et du canal déférent ;

3° Contre la tuberculose de la prostate et des vésicules.

Si, dans ces diverses circonstances, cette méthode de traitement, que l'on appliquera selon les règles formulées par M. le professeur Lannelongue, a pour résultat de déterminer une transformation locale, rapide, aboutissant à la production d'un tissu fibroïde définitif, et de s'opposer ainsi à la généralisation de l'infection, il ne restera guère d'arguments à faire valoir en faveur de l'extirpation des organes génitaux atteints de tuberculose.

Existe-t-il dans des pays réputés non lépreux en France, et en particulier dans les régions du Nord et à Paris, des vestiges de l'ancienne lépre?

M. Leloir rappelle qu'en 1882, il a publié, sous le nom de plaques gangréneuses cutanées multiples, en rapport avec une lésion du système nerveux, l'observation d'une jeune fille qui pouvait être considérée comme atteinte de lèpre lazarine. C'était le diagnostic de M. le Dr Poncet.

En 1885, M. Leloir a signalé deux cas de lèpre mutilante à Lille, et il s'est demandé s'il ne s'agissait pas de lèpre dégénérée, vestige de l'ancienne lèpre. La même année et l'année suivante, il a observé encore quatre cas de *trophonévrose léproïde.* Il faut remarquer que tous ces malades étaient des Français, nés en France, et n'avaient jamais été dans les pays où la lèpre est endémique.

Chez l'un d'eux, cependant, M. Leloir trouva dans le pus des ulcérations et dans un petit fragment de peau, deux bulbes présentant tous les caractères histo-chimiques de la lèpre.

Enfin, tout récemment, M. Leloir a pu recueillir deux dernières observations du même ordre.

En 1885, M. Leloir fit observer dans ces cliniques que, dans ces observations, on se trouvait en présence de lésions rappelant beaucoup celles : de la lèpre systématisée nerveuse déformante ou mutilante, de la lèpre systématisée nerveuse à la période des taches achromiques et hypochromiques, de la lèpre dite lazarine, et enfin de la lèpre mixte.

Dans ses leçons, M. Leloir émettait nettement l'hypothèse qu'il pouvait s'agir de cas de lèpre vraie, qui, du reste, ne devaient être rattachés sûrement à cette malade, qu'après une étude clinique, anatomo-pathologique et bactériologique minutieuse.

Or, dans les cinq observations, certains détails cliniques ne cadraient pas mathématiquement avec le diagnostic de lèpre et le criterium bactériologique faisait défaut.

Le professeur Lang (d'Inspruck) a publié un cas analogue à l'un de ceux de M. Leloir.

La possibilité de l'existence de la lèpre en Bretagne, mise au jour par M. Zambaco-Pacha, est venue à l'appui de l'hypothèse de M. Leloir. Il faut que M. Zambaco montre les bacilles de Hausen chez un seul lépreux autochtone en Bretagne, et il aura déjà fait un pas énorme vers la démonstration péremptoire.

Le diagnostic de la lèpre est très difficile, surtout celui de la lèpre systématisée nerveuse, qui est une polynévrite spécifique. Cette polynévrite, du reste, a souvent des caractères cliniques tellement précis, qu'il est possible de la distinguer si l'on connaît la lèpre systématisée nerveuse.

M. Vidal fait remarquer que les seuls cas certains de lèpre sont ceux où on a trouvé le bacille lépreux, ce sont les seuls indiscutables. Les faits dans lesquels on a constaté des altérations des nerfs sont seulement probables, car il y a des lésions qui simulent, jusqu'à un certain point le lipome. Enfin, il est certain que lorsque les observations mentionnent seulement l'existence de lésions trophiques, de troubles nerveux variés, il peut s'agir de polynévrites très différentes de celles de la lèpre.

M. Leloir insiste sur les difficultés du diagnostic bactériologique de la lèpre; son bacille ressemble beaucoup à celui de la tuberculose ou des glandes sébacées. Ce qui est important pour le diagnostic, c'est que les lésions lépreuses renferment une quantité considérable de bacilles.

L'outillage sanitaire de la Ville de Paris.

M. A.-J. Martin ; Quelle que soit l'opinion que l'on professe sur la genèse, la nature et les modes de propagation des maladies transmissibles, tout le monde est d'accord pour reconnaître que leur prophylaxie est limitée à un petit nombre de règles précises, résumées ainsi qu'il suit : comme moyens immédiats, la déclaration aux autorité compétentes de tout cas de maladie transmissible constatée, la vaccination pratiquée en cas de variole, l'isolement obtenu dans les limites du possible avec transport des contagieux par des moyens et dans des locaux bien appropriés, la désinfection appliquée à tout ce qui a pu être contaminé ou souillé par le malade; puis, comme mesures d'une urgence un peu moins grande, mais tout aussi nécessaire, la salubrité du logement et l'assainissement du quartier ou de la ville.

La ville de Paris, grâce à l'appui persévérant et à la générosité de son Conseil municipal, a pu constituer peu à peu un tel outillage qui, en dehors de la vaccination antivariolique, assurée depuis plusieurs années par des services publics, grâce auxquels la variole est devenue extrêmement rare, comprend principalement les moyens de transport et les procédés de désinfection.

Les premiers consistent dans des services de voitures de deux modèles, appartenant à deux administrations distinctes; ils ont effectué en 1892, environ 6,000 transports contre 19,000 pour l'ensemble des malades transportés par ces mêmes voitures pour diverses causes.

Actuellement trois stations de désinfection existent à Paris, comprenant six étuves à vapeur sous pression et tout le matériel nécessaire pour pratiquer la désinfection à domicile. Dans quelques mois, deux nouveaux établissements semblables vont s'ouvrir.

Dans ces établissements, des précautions minutieuses sont prises pour pratiquer la désinfection avec tous le soin désirable et de la manière la plus absolue; la séparation y est complète entre la partie recevable des objets contaminés et celle où sont déposés les objets qui ont subi les opérations de désinfection.

En 1889, de la fin de mai jusqu'au 31 décembre, les étuves municipales ont pratiqué 78 opérations; en 1890, 652; en 1891, 4,139; en 1892, 18,464.

Ce n'est pas seulement après décès que le service des étuves municipales intervient. Dès qu'il est informé d'un cas de maladie transmissible, il se rend au domicile indiqué et demande à procéder à la désinfection de l'appartement, à l'exception de la chambre occupée par le malade; puis il emporte les linges et objets salis et laisse un sac spécial destiné à recevoir ces mêmes objets pendant la maladie; un échange de ces sacs est fait à intervalles réguliers; la maladie, terminée par guérison ou par décès, il est alors procédé à la désinfection de la chambre et de tout son contenu.

Enfin, le même service procède à la désinfection totale des maisons dans lesquelles plusieurs cas d'une ou plusieurs maladies transmissibles ont été déclarés afin de supprimer autant que possible tout foyer de propagation.

Il existe encore un service spécial qui a pour mission de rechercher les diverses causes d'insalubrité et d'en signaler l'existence aux services techniques afin d'y remédier.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte traité par la ligature des grosses artéres du cou.

M. Le Dentu rapporte l'observation d'une femme atteinte d'anévrysme du tronc brachio-céphalique comprimant la trachée et les grosses bronches. Il pratiqua la ligature de la sous-clavière droite dans son tiers externe et celle de la carotide primitive. L'amélioration fut notable et la malade put rester pendant quatre mois hors de l'hôpital. Les accidents ayant reparu, M. Le Dentu fit la ligature d'une grosse artère du côté gauche, qu'il regarda comme étant la sous-clavière. Il n'y eut qu'une amélioration passagère, puis la tumeur augmenta de volume, l'état général devint grave et la malade succomba.

A l'autopsie, M. Le Dentu reconnut que le sac occupait une partie de l'aorte, comprenant tout le tronc brachio-céphalique, et allait jusqu'à 13 centimètres au-delà de l'origine de la sous-clavière gauche. De ce côté, il avait lié l'artère scapulaire postérieure, très développée.

Bien que la terminaison ait été fatale, il est évident que les opérations de M. Le Dentu ont été utiles, car elles ont prolongé la vie d'une quinzaine de mois.

On peut espérer des améliorations plus grandes et, du reste, de nombreux cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la crosse aortique ont déjà été traités par la méthode de Brasdor ou de Wardrop. Un des élèves de M. Le Dentu, M. Acosta Ortiz, a pu réunir 135 observations; dans 35, il s'agit d'anévrysmes de l'aorte et, dans 96, d'anévrysmes du tronc innominé. Le traitement de choix est la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droite faite en une seule séance. Quelquefois, on pourra, ultérieurement, tenter la ligature de la vertébrale du même côté ou de la sous-clavière gauche, suivant le sens dans lequel la tumeur anévrysmale continuera son développement.

Si un anévrysme primitif ou secondaire de l'aorte se développe sur la portion ascendante de la crosse, on doit lier les deux branches du tronc brachio-céphalique. Si c'est la portion horizontale de la crosse qui est atteinte, avec ou sans le tronc brachio-céphalique, il se pourra qu'il y ait avantage à lier, dans la même séance, un gros vaisseau du côté gauche en même temps qu'une des branches du tronc brachio-céphalique, à condition qu'on ne lie pas les deux carotides le même jour. Si c'est la portion de la crosse située après l'origine de la sous-clavière qui est atteinte primitivement, toute ligature est contre-indiquée. Si cette portion de crosse est distendue en même temps

que les deux premières portions et que le tronc brachio-céphalique, les ligatures peuvent encore être efficaces en arrêtant momentanément la marche de l'affection et en soulageant les malades.

Le traitement médical doit être essayé avant que l'on songe à une opération.

Des opérations conservatrices sur l'ovaire (résection ; ignipuncture).

M. Pozzi : Ce n'est que sur l'ovaire que l'on peut faire des opérations partielles ; une petite quantité de tissu ovarien suffit pour permettre la fécondité.

Toutes les fois que la trompe est saine et l'ovaire seul altéré, il faut essayer d'en conserver une partie.

La lésion la plus favorable est le kyste isolé avec perméabilité de la trompe. Un aide fixe l'ovaire entre ses doigts et le chirurgien fait la résection de la partie altérée. Un surget en catgut réunit les deux lèvres de l'incision.

C'est encore à la résection d'une partie de l'ovaire qu'il faut avoir recours dans le cas de dégénérescence micro-kystique quand il reste une zone de tissu intact. Le plus souvent cette zone avoisine le hile et il faut enlever tout le reste de la glande. Il est utile, dans ce cas, de fixer le pavillon de la trompe avec ce qui reste de l'ovaire.

Lorsque l'ovaire présente des lésions très disséminées, constituées par des kystes de petits volumes ou par l'ovarite diffuse, il vaut mieux ouvrir tous les kystes avec le petit couteau du thermo-cautère. L'eschare qui se produit n'entraîne pas de suppuration, mais est résorbée molécule par molécule sans travail inflammatoire et, par conséquent, sans prolifération embryonnaire. On peut même admettre que l'irritation substitutive produite par le fer rouge au sein des tissus sclérosés favorise la résorption.

L'ignipuncture ne peut entraîner la transformation micro-kystique et tous les follicules que n'aura pas traversée la pointe rougie se développeront librement.

COURRIER

— La Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux décernera en 1894 un prix de 1,000 francs, au meilleur mémoire sur la question suivante : *Traitement chirurgical du cancer de l'estomac.*

— La sixième assemblée générale de l'Association médicale a eu lieu le 19 février, à deux heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

L'Association compte 230 sociétaires. Il y a eu cette année 39 nouvelles adhésions Il n'a été enregistré que 607 jours de maladie.

L'avoir de l'Association, au 31 décembre 1892, est de 81,158 fr. 25.

Conférences d'internat pour les asiles de la Seine. — MM. Boissier, Lachaud et Lefilliatre, internes des asiles, commenceront le mercredi 1er mars, 4 heures de l'après-midi, à l'asile clinique de Sainte-Anne, des conférences pour l'internat des asiles (amphithéâtre de M. le Dr Magnan). »

Nécrologie. — MM. les docteurs Didion (de Nancy); P. Meynet, médecin des hôpitaux de Lyon; Morel, prosecteur de l'Ecole de médecine de Caen; Orlet (de Paris).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Paris, 23 février 1893.

Le journal *le Temps*, dans son numéro du 23 février, consacre un article de première page à une question médicale et l'intitule la *Disette de médecins et l'enseignement moderne*.

Il pousse un long cri d'alarme et s'écrie : « Quoi de plus lamentable que « cette commune de Bretagne comptant près de 4,000 habitants et *ravagée* « par une épidémie, sans un seul médecin, dans un rayon de 15 kilomètres. »

Rassurez-vous un peu, cher lecteur, car la somme totale des décès s'élève à 11, et il ne s'agit que de fièvre scarlatine.

Certes, c'est trop ! et nous sommes de l'avis du journal *le Temps*, quand il demande, avec le comité consultatif d'hygiène publique, que le Sénat fasse enfin aboutir le projet de loi sur l'assistance médicale dans les campagnes, projet de loi déjà voté par la Chambre. Mais nous trouvons plus extraordinaire que ce même journal s'étonne de ne pas voir un médecin aller, de plein gré, s'établir dans une contrée où il ne peut que mourir de faim.

Ce que nous comprenons encore moins, se sont les conséquences qu'il tire de ce fait particulier. Il déplore la suppression des officiers de santé ! On ne les a cependant pas supprimés là où il y en avait; on n'en fait plus, voilà tout ; et si il y en avait eu un dans la commune de Dubry (Morbihan), il y serait encore; mais l'officier de santé, comme le médecin, est obligé de gagner sa nourriture pour vivre, ce qui était probablement impossible dans cette malheureuse petite localité de Bretagne.

Enfin, vous ne vous en douteriez pas, cher lecteur, mais tout cela c'est la faute de l' « enseignement gréco-latin, un enseignement plutôt aristocra- « tique, vers lequel se portent principalement les enfants des familles « riches et aisées, et à ces derniers pourtant, et à ces derniers exclusive- « ment, sera fermé l'accès des cours de médecine ! » Tandis qu'en ouvrant les portes des facultés aux jeunes gens, fruits de l'*enseignement moderne* de cet enseignement moderne qui « forme des pharmaciens, même de première classe », on ne perpétuerait pas d'*intolérables mandarinats*, et, suivant le journal *le Temps*, toutes les campagnes seraient amplement pourvues de médecins.

Nous ne sommes pas de l'avis du journal *le Temps*, et nous ne pensons pas que la suppression du baccalauréat ès lettres porte remède à l'état de choses actuel. Qu'est-ce que le baccalauréat comme dépense et comme travail, comparé aux quatre années exigées pour être docteur, avec la nécessité de passer ses examens dans une des six Facultés de France.

La famille qui est capable de faire les sacrifices nécessaires à l'obtention

du diplôme de docteur pour son fils aura toujours commencé par en faire un bachelier!

Qu'il sache ou ne sache pas le grec ou le latin! nous y attachons peu d'importance, pourvu qu'il soit capable de soigner ses malades; mais le jeune homme qui a acquis les connaissances nécessaires pour exercer son art, a assez travaillé, et fait des dépenses assez considérables pour ne pas s'exposer à ne pas pouvoir vivre de sa profession. C'est pour cela que l'Etat devra venir à son aide en lui permettant de s'établir au milieu des populations pauvres, incapables par elles-mêmes de le rémunérer. C'est là qu'est le remède, il est exposé dans le projet de loi sur l'assistance médicale, et nous nous proposons d'y revenir prochainement.

M. Mariotte (Eugène), étudiant en médecine, âgé de 19 ans, vient de mourir victime de son devoir. Il avait contracté la diphtérie en soignant une femme atteinte d'une angine de même nature.

Elle est déjà longue, la liste des jeunes médecins qui succombent à des maladies contagieuses contractées au chevet des malades. Aussi, nous ne pouvons que féliciter le conseil municipal qui, pour rendre hommage au dévouement de notre jeune confrère, a décidé de faire ses obsèques aux frais de la Ville de Paris.

LES ABCÈS INTRA-CRANIENS D'ORIGINE OTIQUE

La très intéressante observation d'abcès cérébral consécutif à une otite purulente rapportée, il y a quelque temps, par M. Terrillon, à la Société de chirurgie, nous fournit l'occasion d'étudier le traitement de ces abcès et de dire quelques mots de leur anatomie pathologique. MM. Picqué et Février viennent, du reste, de publier un travail important sur la matière et de fournir de nouveaux faits qu'il est bon de mettre en lumière (1).

On sait que dans la pathogénie des collections purulentes cérébrales, d'après les statistique dressées par Thomas Barr et Barker ont peut conclure que *plus de la moitié des abcès intra-craniens relèvent d'une origine otique*. C'est dire assez combien il faut surveiller les écoulements chroniques de l'oreille et les manifestations qui peuvent se produire soit du côté de la mastoïde, soit du côté du cerveau. En général, la suppuration cérébrale est consécutive à l'envahissement des cellules mastoïdiennes par l'inflammation propagée de la caisse; mais il faut savoir que, même sans la moindre manifestation du côté de la mastoïde, on peut voir éclater les symptômes d'un abcès du cerveau; l'observation de M. Terrillon en donne un bel exemple. Ces abcès ont été rencontrés dans tout le territoire cérébral, mais ils ont un siège de prédilection. MM. Picqué et Février, ajoutant 19 faits nouveaux à ceux déjà rassemblés par Barr et par Newton Pitt, arrivent en effet à nous montrer que sur 119 cas 82 fois c'était le lobe moyen qui avait suppuré et 24 fois le cervelet.

(1) Contribution à l'étude des abcès intra-craniens d'origine otique, par MM. Picqué et Février. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1892.)

On a, bien entendu, cherché à expliquer comment le lobe temporal et le cervelet étaient envahis de préférence, et on a dit que lorsque l'inflammation siégeait dans les cellules mastoïdiennes ou à la partie postérieure du rocher, c'était le cervelet qui était atteint et qu'au contraire le lobe temporal présentait un abcès quand le plafond de la caisse était mince et envahi par l'inflamma'ion dès les premières manifestations de l'otite moyenne.

Cette pathogénie est bien obscure ; elle n'est compréhensible que dans les cas où l'infection se fait de proche en proche, déterminant d'abord de l'ostéite du toit de la caisse, puis un abcès intra-dure-mérien avec pachyméningite et abcès intra-dure-mérien ou intra-cérébral consécutif. Or, ces faits d'abcès extra-dure-mériens sur le rocher sont assez peu connus et c'est sur eux que MM. Picqué et Février viennent d'appeler de nouveau l'attention.

Rappelant les travaux de Pitt, d'Hoffmann, ils citent le mémoire de Hessler, de Halle, qui, sur 136 cas d'otites à terminaison fatale n'en a trouvé que 34 où la dure-mère n'était pas atteinte de pachyméningite purulente externe. Le même auteur a réuni 53 observations de véritables abcès et pense que ces abcès sont secondaires, sous la dépendance de la suppuration de la caisse qui gagne l'os petit à petit pour arriver jusque sous la dure-mère. Cette marche de l'infection est facilitée par les ouvertures qui donnent passage dans le rocher aux vaisseaux et aux nerfs. Une fois la dure-mère infectée, gangrenée sur certains points comme cela s'est vu, on comprend plus facilement la présence d'un abcès en pleine substance séparé de la collection extra-duremérienne par une petite épaisseur de tissu cérébral. C'est ce qui existait dans les deux très curieuses observations de M. Darde, reproduites dans le travail de MM. Picqué et Février et même, dans ces deux cas, le foyer encéphalique était beaucoup plus important que le foyer péri-pétreux.

De là à penser que l'abcès extra-dural sert le plus souvent d'intermédiaire à l'abcès encéphalique, il n'y avait qu'un pas à faire. Les deux auteurs cités plus haut l'ont fait et n'hésitent pas à dire que c'est à la collection péri-pétreuse qu'il faut s'adresser dans tous les cas où un abcès encéphalique n'a pas son siège bien établi par un ensemble de symptômes. Ils recommandent alors d'ouvrir la mastoïde suivant les règles bien établies par Ricard, c'est-à-dire en décollant le pavillon de l'oreille et en se portant sur la partie antérieure de la mastoïde; puis, cela fait, et suivant le procédé de Wheeler, de creuser par en haut son trajet opératoire de façon à arriver sur l'angle rentrant formé par le rocher et l'écaille du temporal, très loin du sinus latéral. Il n'y a plus qu'à décoler la dure-mère pour tomber sur la collection purulente.

La règle donnée par MM. Picqué et Février nous paraît un peu exclusive. Il faudrait, de fait, avant d'aller à la recherche de l'abcès cérébral, s'assurer de l'intégrité de la portion pétreuse du temporal et de l'absence d'un abcès sous dure-mérien en rapport avec une ostéite du rocher, sauf dans les cas où des symptômes de localisation bien nets indiqueraient une collection fixée sur un point précis. Mais, dans la grande majorité des cas, la localisation n'est pas possible. Il existe bien des symptômes qui peuvent donner presque la certitude d'une suppuration intra-cérébrale tels que la fièvre, la céphalalgie, les vertiges, l'insomnie, les troubles intellectuelles... Mais, quand

on a cherché à localiser l'abcès par la constatation des paralysies partielles, l'aphasie ou les symptôme d'épilepsie jacksonienne, on se trouve fort embarrassé, et la plupart du temps on se laisse guider par ce je ne sais quoi qui résulte de l'observation attentive du malade, ou bien encore par la douleur clouée au même point. C'est ce qu'a fait M. Terrillon lorsqu'il a trépané son malade et il est ainsi arrivé sur le foyer de suppuration. En se portant du côté de la mastoïde, il eût fait une trépanation blanche, son malade était, en effet, porteur d'un abcès cérébral, sans complication sous dure-mérienne, puisque la seule incision de la collection a suffi pour amener la guérison.

Cette observation et beaucoup d'autres prouvent que souvent l'abcès cérébrale existe seul et nous croyons que c'est au plus pressé que le chirurgien doit courir, que c'est contre cette cavité purulente qu'il doit d'abord diriger son intervention et, renversant en quelque sorte la proposition de MM. Picqué et Février, nous pensons que pour les abcès cérébraux d'origine otique, dans un premier temps, la trépanation devra être pratiquée d'abord sur la voûte cranienne de façon à aller ouvrir l'abcès intra-cérébral et que si, malgré cette intervention, les symptômes ne s'amendent pas, si les troubles cérébraux persistent, on sera autorisé à aller chercher du côté de la portion pétreuse du temporal la cause probable de la continuation des accidents. Le travail des deux auteurs cités plus haut donne de nouvelles preuves de l'existence d'abcès péri-pétreux, et ne laissera pas le chirurgien désarmé dans le cas où une première intervention, quoique heureuse, n'aura pas réussi à faire cesser les accidents. — E. R.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Perforation de l'estomac et abcès sous-phréniques consécutifs à l'ulcère de l'estomac.

MM. Penrose et Dickinson ont présenté à la « Clinical Society » un mémoire basé sur dix observations d'*abcès sous-phréniques* consécutifs à l'ulcère et à la perforation de l'estomac. Les limites de l'abcès sont le plus ordinairement : en haut, la concavité du diaphragme; à droite, le ligament falciforme du foie; à gauche, le cardia, la rate, le diaphragme; en avant, la paroi abdominale; en arrière et au-dessous, le lobe gauche du foie.

Les signes physiques par lesquels se révèlent ces abcès sont ceux du pneumothorax (pneumothorax sous-phrénique) : respiration amphorique; tintement métallique dans une zone limitée à l'épigastre et à l'hypochondre gauche; déplacement de la pointe du cœur, etc. A la région précordiale, on entend des frottements pleuraux ou péricardiques; il peut y avoir de la pleurésie.

Le diagnostic est ordinairement facile; mais il peut se produire quelques complications thoraciques (pleurésies purulentes, pyopneumothorax, abcès du poumon, etc.) qui peuvent passer inaperçues.

M. West estime que l'abcès ne reste pas toujours enfermé dans les limites que MM. Penrose et Dickinson ont indiquées. Ainsi, il peut s'étaler au-dessus du foie ou se collecter dans l'hypochondre. Quant au diagnostic, il n'est pas toujours aisé; on peut facilement confondre l'abcès sous-phrénique avec un pyopneumothorax. L'abcès sous-phrénique est dû généralement à une perforation stomacale consécutive à un ulcère; mais il peut aussi se produire sans perforation de l'estomac.

M. Warington-Haward a observé un cas de perforation de l'estomac à la suite d'un ulcère; un abcès se produisit. On fit une laparotomie : une certaine quantité de gaz et des aliments s'étaient épanchés dans la cavité abdominale. La perforation fut oblitérée, mais la malade succomba.

Dans un autre cas, l'estomac fut suturé à la paroi abdominale et drainé par l'orifice de la perforation. La malade fut nourrie pendant une semaine avec des lavements nutritifs. Un mois après l'opération, elle était complètement guérie.

M. Spencer cite un cas analogue : l'abcès formait une tuméfaction fluctuante dans la région épigastrique; incision, drainage et, quelque temps après, guérison complète.

M. Pearce Gould a perdu une malade dans un cas semblable, malgré l'incision et le drainage. Il y a trois ans, M. Coupland a publié une observation d'abcès sous-diaphragmatique consécutif à une perforation de l'estomac, et développé du côté droit. On pratiqua une incision au-dessous de la douzième côte, et la guérison fut rapide.

Le hoquet des nouveau-nés et la syphilis héréditaire.

M. Carini pense, d'après de nombreuses observations, que le *hoquet des nouveau-nés* doit être regardé comme un des *symptômes de la syphilis héréditaire.* Ce serait même un symptôme assez fréquent, et, en outre, très précoce. Ainsi, il peut précéder le coryza; il se montre dès la naissance, dans les premières heures qui la suivent ou dans les premiers jours de la vie. Sa durée est de deux ou trois semaines environ.

Ce hoquet des nouveau-nés est une manifestation nerveuse due bien évidemment à l'influence de la syphilis héréditaire. L'action du traitement spécifique vient, en effet, donner une sanction à cette hypothèse de M. Carini. Que, dans de tels cas, on fasse prendre de l'iodure de potassium à la mère qui allaite son enfant, et, à celui-ci, de la liqueur de Van Swieten, et le hoquet, jusqu'alors rebelle à tout traitement, disparaît rapidement. (*Intern. klin. Rundschau,* 1893. n°s 1 à 4.)

Syphilis et cancer du larynx

M. Baginsky rapporte l'observation d'un cas de *cancer du larynx chez un syphilitique.* Trois ans après le début de sa syphilis, le malade fut pris d'un enrouement extrême et d'une grande oppression. Au laryngoscope, on découvrit à ce moment un rétrécissement prononcé du larynx à la partie antérieure de la glotte et une infiltration syphilitique de toute la portion sus-glottique; de plus, les ganglions voisins étaient très tuméfiés. Les troubles de la phonation et de la respiration s'amendèrent un peu sous l'influence d'un traitement spécifique énergique. M. Baginsky voulut alors dilater, au moyen de l'intubation, le rétrécissement laryngien. Mais les troubles respiratoires reparurent et devinrent même si intenses qu'on dut pratiquer la trachéotomie. L'état général du malade était satisfaisant. M. Baginsky renouvela ses tentatives de dilatation, et une nouvelle voie lui était ouverte, la plaie trachéale.

Mais, sur les bords de cette plaie, on vit apparaître, un an et demi après, deux petites tumeurs que l'on prit tout d'abord pour de nouveaux accidents syphilitiques. Mais, malgré le traitement, ces tumeurs augmentèrent peu à peu; l'une d'elle atteignit le

volume d'une pomme et devint très dure, tandis que l'autre s'ulcérait. Le malade finit par mourir.

A l'autopsie, on trouva un carcinome très étendu du larynx; l'organe était littéralement rongé; les cartilages étaient dénudés et ulcérés çà et là, les cordes vocales en partie détruites, et il ne restait plus aucune trace du rétrécissement que l'on avait constaté au début; en arrière, la cloison laryngo-pharyngienne était largement perforé, ce qui expliquait le rejet des aliments par la canule, rejet que l'on avait constaté quelques jours avant la mort du malade.

Le cancer avait donc, dans ce cas, succédé dans le larynx à la syphilis. M. Baginsky se demande quel a été le rôle de la syphilis; les lésions qu'elle avait déterminées ont-elles été le point d'appel du cancer? ou bien faut-il incriminer l'irritation preduite par le séjour prolongé de la canule? (*Soc. méd. de Berlin.*)

Les psorospermies du cancer

M. Jackson Clarke complète, à la *Clinical Society*, la communication qu'il a faite récemment sur la présence des *psorospermies* dans les différentes variétés du *cancer*. Il a trouvé ces organismes, avec tous leurs caractères, dans un cas de cancer de la vessie consécutif à un cancer utérin; ces parasites existaient aussi en assez grand nombre dans un kyste du sein non cancéreux ; M. Clarke en a trouvé aussi dans un cas de papillome du sein, dans un adénome du rein, dans un adénome encapsulé du corps thyroïde, et dans deux enchondromes du testicule, dans plusieurs cas de sarcomes globo-cellulaires.

Donc, d'après les recherches de M. J. Clarke, les tumeurs cancéreuses et certaines tumeurs non cancéreuses sont dues à des psorospermies.

M. Spencer ne partage pas l'opinion de M. Clarke, et il lui répète l'objection qui a été faite bien des fois à ceux qui se sont occupés des coccidies : ce que l'on prend pour des psorospermies, dans le cancer, ce sont des cellules modifiées et non des parasites.

M. d'Arcy Power pense qu'il serait utile de rechercher si les aspects parasitaires rencontrés dans certains cancers ne se présentent pas aussi dans les tissus normaux.

M. Sims Woodhead ne nie pas la présence des psorospermies dans les tumeurs cancéreuses ; mais sont-elles réellement la cause du cancer?

(*Clinical Society*).

Guérison de cancers cutanés par l'arsenic

M. Lassar a présenté à la *Société médicale de Berlin* deux malades atteints de *cancer de la peau;* il a soumis ces deux malades et un troisième, atteint de la même affection, au traitement arsénical, à l'exclusion de tout traitement local. Il prescrivait l'arsenic à l'intérieur ou en injections sous-cutanées, sous la forme de liqueur de Fowler.

Bientôt, l'amélioration a été manifeste et les malades peuvent être regardés aujourd'hui comme guéris. Comme il n'a été fait aucun traitement local, ces résultats favorables ne semblent devoir être attribués qu'à l'arsenic.

Guérison spontanée du cancer

M. Billroth présente à la *Société Império-Royale des médecins de Vienne* un cas de *carcinome ayant guéri spontanément.* Une femme de 50 ans avait eu, il y a sept ans, au niveau d'un mamelon, un nodule carcinomateux qui s'était progressivement développé jusqu'à atteindre le volume d'une pomme. Le mamelon, devenu noirâtre et desséché tomba, comme momifié. Mais, il y a deux ans, la tumeur subit un arrêt dans son développement; bientôt même elle diminua progressivement de volume, et l'on peut voir, aujourd'hui, qu'elle n'a laissé après elle qu'une zone indurée autour de la cicatrice.

M. Billroth montre une série de dessins représentant des processus d'atrophie analogues, s'étant produits dans des néoplasmes.

M. Stœrk a observé un *cancer épithélial de l'amygdale*, qui disparut lui aussi spontanément. Mais, un an après, une récidive se produisit, qui nécessita la résection du maxillaire.

M. von Schrœtter a suivi pendant un an et demi le malade de M. Stœrk. Ce malade a été soumis au traitement arsénical; c'est donc à l'arsenic qu'il faut attribuer, dans ce cas, l'atrophie et la guérison du néoplasme primitif.

M. Kundrat : On voit quelquefois des lymphosarcomes subir spontanément un processus d'atrophie. Le malade de M. Stœrk était peut-être atteint d'un néoplasme de ce genre.

M. Kaposi : Les dermatologistes observent, encore assez souvent, des cancers qui se recouvrent d'épiderme ; tels sont, en particulier, les épithéliomes serpigineux.

Applications froides et leucocytose

M. Winternitz : Rovighi avait vu, chez des animaux, que des applications froides produisaient une augmentation considérable de leucocytes dans le sang. Il était intéressant de reproduire ces mêmes expériences chez l'homme ; c'est ce qu'a fait M. Winternitz. Il a constaté qu'au moyen d'applications froides on déterminait une augmentation de nombre des leucocytes s'élevant au double ou au triple du chiffre normal. Après la réfrigération, cette leucocytose persiste environ pendant une demi-heure; elle ne dure jamais plus de deux heures. C'est sans doute cette leucocytose qui fait un des avantages des bains froids comme moyen thérapeutique dans les maladies typhoïdes.

(*Soc. Império-Royale des médecins de Vienne.*)

Néphrite du choléra. — M. Aufrecht a étudié les lésions du rein chez les cholériques morts à l'hôpital de Magdebourg. Voici les conclusions de ces recherches :

La néphrite est précoce dans les formes graves. La lésion est surtout marquée au niveau des papilles; là les canaux excréteurs sont oblitérés par des cylindres.

Dans la région corticale, on trouva une dilatation de la lumière des canalicules, ce qui s'explique par l'oblitération des canaux des papilles. L'urine doit donc s'accumuler au-dessus de ces obstacles.

Les lésions sont dues à une substance toxique sécrétée par le bacille-virgule, qu altère les éléments épithéliaux du rein particulièrement au niveau des papilles. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 45.)

Tétanos et diphtérie; traitement du tétanos par les injections de sérum d'animaux rendus réfractaires. — M. Baginsky rapporte l'observation d'un enfant de 4 ans qui présentait tous les signes du tétanos : trismus, raideur de la nuque, du dos, des membres, impossibilité de la déglutition, etc. Après un traitement infructueux par le chloral, M. Behring fit à cet enfant plusieurs injections de sérum d'animaux rendus réfractaires au tétanos. Au bout de cinq ou six jours, les symptômes tétaniques avaient disparu. On s'aperçut alors qu'il avait la diphtérie, et il présenta, en effet, de la paralysie du voile du palais, des paralysies oculaires et d'autres accidents assez graves.

M. Behring a déjà observé un fait analogue de complication de la diphtérie par le tétanos ; l'examen bactériologique avait alors démontré la réalité du tétanos.

Le traitement de cette affection par les injections de sérum d'animaux rendus réfractaires, a donné, dans le cas présent, de bons résultats. M. Behring avait été moins heureux chez un enfant atteint de tétanos des nouveau-nés; l'intervention avait peut-être été trop tardive.

Pour M. Henoch, seuls les cas légers de tétanos guérissent avec la méthode employée par M. Behring comme avec les autres traitements.

Vaccination des cobayes contre la diphtérie. — M. Aronson présente, à la *Société médicale de Berlin*, deux cobayes auxquels il a conféré l'immunité contre la diphtérie. Après avoir préalablement rendu un chien réfractaire par l'injection de doses croissantes de cultures diphtériques, il a injecté du sérum de ce chien aux cobayes, qui, dès lors, ont pu supporter l'inoculation de doses de culture diphtérique quarante fois supérieures aux doses mortelles pour les animaux témoins. Une forte quantité de ce sérum peut même enrayer une intoxication diphtérique commençante.

Vaccination anticholérique. — Les récents travaux de MM. Klemperer, Haffkine, Gamaleïa, etc., ont démontré que l'on peut rendre des cobayes absolument réfractaires au choléra par l'injection dans le péritoine de cultures du bacille-virgule atténuées par la chaleur. M. Klemperer, poursuivant ses recherches, est parvenu à donner aux animaux l'immunité en les vaccinant soit par la voie sous-cutanée, soit par la voie gastrique.

Le sérum des animaux ainsi rendus réfractaires au choléra, injecté à d'autres animaux à certaines doses, donne à ceux-ci l'immunité; on sait d'ailleurs que le sang des cholériques guéris confère l'immunité aux animaux auxquels on l'injecte. M. Klemperer a donc pu expérimenter sur l'homme les trois méthodes suivantes de vaccination : inoculations sous-cutanées, ingestions de cultures, injection sous-cutanée de lait de chèvres rendues réfractaires; la vaccination devait être regardée comme efficace, si le sérum des individus ainsi traités pouvait conférer l'immunité à des animaux.

Or, dans les trois cas, les résultats furent très probants :

1° Le sérum d'un étudiant, auquel on inocula successivement des cultures de plus en plus virulentes, permit à des cobayes de résister à une dose mortelle de poison cholérique; la dose de sérum suffisante pour immuniser ces animaux était de 0 gr. 005.

2° M. Klemperer absorba lui-même quinze doses croissantes (de 1 à 60 centimètres cubes) de bouillon de culture chauffé pendant deux heures à 70°; il neutralisait chaque fois le suc gastrique par le bicarbonate de soude. A la fin, il suffisait de 0,01 centigr. cube de son sérum pour immuniser des cobayes.

3° Le lait d'une chèvre rendue réfractaire au choléra (0 gr. 05 de son lait conférait l'immunité à un cobaye) fut injecté sous la peau d'un homme à la dose de 5 centimètres cubes. Le sérum sanguin de cet homme devint capable de vacciner un cobaye à la dose de 0,25 centigr. cubes.

On ne peut encore se prononcer sur l'utilité pratique de ces expériences. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1892, n° 50.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1893. — Présidence de M. Périer.

On se souvient de la discussion soulevée dans la précédente séance par le traitement de l'endométrite du col utérin. Pour M. Terrier, cette endométrite serait toujours infectieuse, et il en apporte aujourd'hui des preuves à la tribune. De nombreux travaux ont

paru sur ce sujet et, dans le col, on a trouvé des staphylocoques, des streptocoques, des gonocoques et beaucoup de microbes du vagin. Laplace, en 1892, a même montré que les microbes du col pouvaient pénétrer dans le tissu utérin.

M. Maurice Péraire, élève de M. Terrier, a du reste, dans sa thèse, étudié tous ces faits et reproduit des expériences faites par lui-même, desquelles découle nettement l'*origine microbienne des endométrites*. Pourtant, tous les écoulements ne sont pas causés par des organismes et après des curettages, M. Terrier a vu deux dames dont les écoulements avaient reparu, mais dont les cultures sont restées stériles. Dans ces cas, l'écoulement est produit par une hypersécrétion des glandes.

M. Reynier ne nie pas la présence du microbe dans les endométrites, mais pense qu'il faut aussi tenir compte du lymphatisme, qui produit un excellent terrain de culture.

Polypes fibreux de l'utérus.

Une observation du docteur Lecornier a donné à M. Routier l'occasion de faire, dans un rapport, l'étude d'une certaine classe de polypes fibreux de l'utérus.

Dans le cas du docteur Lecornier, la médication par l'iodure de potassium parut arrêter pour un temps les hémorrhagies, qui, cependant, devinrent, en 1889, plus de quatre ans après le début de la maladie, tellement abondantes que de l'ergot de seigle fut administré et que la malade devint anémique et fut forcée de s'aliter. A ce moment, le toucher vaginal ne révélait rien; mais, le 12 octobre, une masse sphacélée se présenta à la vulve, fut extraite, et la malade guérit.

M. Routier ne croit pas beaucoup à l'efficacité de la médication interne, dans ces cas, et relate d'autres observations lui appartenant dans lesquelles l'accouchement du fibrome se fit de la même façon. Le pédicule se forme par le poids même de la tumeur, et même par les contractions utérines, et il se produit là un véritable accouchement.

Dans un cas, M. Routier put nettement rattacher la procidence de la tumeur à un violent traumatisme ayant causé une fracture du péroné.

En somme, au point de vue du traitement chirurgical, on peut établir deux classes :

Dans la première, le fibrome a franchi le col, il est procident dans le vagin et on n'a qu'à sectionner son pédicule et à l'enlever en totalité ou par morcellement.

Dans la seconde, le fibrome est dans la oavité utérine, libre ou pédiculisée; dans ces cas, il faudra aller l'extraire par le morcellement dans la grande majorité des cas, et même en sectionnant le col sur les parties latérales s'il y a lieu.

Grossesse et fibrome. — Opération césarienne.

M. Picqué a eu à traiter une femme de 36 ans enceinte de huit mois et demi et qui avait un gros fibreme de l'utérus remplissant la cavité pelvienne. Ce diagnostic fût, du reste, confirmé par M. Lucas Championnière.

L'opération césarienne fut décidée et exécutée six heures après la rupture des membranes. L'utérus fut laissé en place et incisé sans difficulté sur la ligne médiane et sur une longueur de 16 centimètres. Il existait un placenta *previa cæsaria*, mais l'extraction du fœtus et de l'arrière-faix fut facile. Il n'y eut pas d'hémorrhagie et un lavage à l'eau chaude fit revenir l'utérus sur lui-même. M. Picqué fit deux plans de sutures, et, au vingt-deuxième jour, la malade se levait,

La symphyséotomie n'était pas indiquée et il n'y avait le choix à faire qu'entre l'opération césarienne et l'amputation de Porro. La première de ces deux interventions fut choisie à cause de la difficulté que la présence du fibrome apportait à la seconde.

C'est dans des conditions tout à fait semblables que M. Bouilly a eu dernièrement à

intervenir; mais il s'est produit une hémorrhagie due à ce que l'utérus, bourré de fibromes, était incapable de revenir rapidement sur lui-même.

M. Bouilly a, de plus, enlevé les annexes, ce qui avait pour but d'empêcher une nouvelle fécondation et de guérir le fibrome, et, en effet, quelques mois après, la tumeur avait presque complètement disparu.

M. Picqué a bien songé à faire la double castration, mais n'a pas voulu augmenter la durée d'une opération déjà longue.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

C'est à propos d'une communication de M. Félizet que s'engage cette intéressante discussion. Ce chirurgien a eu le malheur de perdre un petit malade de 5 ans atteint de deux kystes hydatiques. Partisan tout d'abord de la méthode de Récamier qui lui avait donné trois succès sur trois opérés adultes, il était ensuite revenu, chez les enfants, à la méthode qui consiste à évacuer la poche et à y faire ensuite une injection glycérinée de sublimé. Cette pratique lui avait donné des guérisons remarquables, et, encouragé par ces réussites, il ponctionna le kyste de son petit malade, l'évacua, y fit l'injection de Van Swieten; mais l'évacuation ne se fit pas, la canule ne rendit pas une goutte du liquide.

M. Félizet s'apprêtait à faire la laparotomis quand il s'aperçut que la poche venait de se vider subitement. L'enfant fut pris d'une diarrhée intense et mourait trois heures après. L'autopsie montra que le tissu hépatique et la capsule du foie avaient été déchirés par le trocart, qu'il y avait communication entre la poche et le péritoine, et que le kyste s'était vidé dans la séreuse.

Il faut donc se méfier du trocart et de la méthode de l'injection et faire l'opération par l'instrument tranchant.

M. Bouilly trouve que M. Félizet arrive à des conclusions trop radicales, sans doute sous la violente impression de ce qui vient de lui arriver, et pourtant il a eu de beaux succès avec la même méthode et il en aura encore; mais un point capital est de n'injecter qu'une dose non toxique; il ne faut donc pas laver le kyste, mais simplement le vider et n'y injecter que quelques grammes de Van Swieten, ce qui suffit amplement pour tuer les hydatides.

Cette non-évacuation rappelle à M. Verneuil un cas à peu près semblable dans lequel il ponctionna une tumeur de l'abdomen et y injecta une solution phéniquée qui ne put être évacuée. La malade mourut deux ou trois jours après.

Le traitement par le sublimé n'est, du reste, pas héroïque, car on voit des récidives trois, quatre et cinq ans après, et pourtant M. Monod cite une observation dans laquelle l'injection de 10 grammes de ce liquide a complètement guéri le malade.

Pour M. Terrier, la question du traitement des kystes hydatiques du foie n'est pas tranchée. Il a autrefois recommandé la laparotomie, mais a eu de beaux succès par la méthode de Debove. En Australie, du reste, où ces affections sont très nombreuses, les chirurgiens sont aussi partagés en deux camps : les uns veulent la méthode sanglante, les autres injectent le sublimé.

La ponction a toutefois un désavantage, c'est qu'elle est impuissante contre la pluralité des hydatides. M. Routier est de cet avis, car dans une observation, après avoir opéré un premier kyste, il fut obligé, la température s'élevant, d'en inciser un deuxième.

M. Félizet répond à ses différents interlocuteurs que la ponction n'en reste pas moins une intervention aveugle, que la blessure du trocart peut rester béante et qu'au moindre effort il peut y avoir irruption du liquide de la poche dans le péritoine.

En terminant, M. Terrier mentionne que les chirrurgiens australiens font l'extirpation

complète de la poche avec suture du parenchyme hépatique et réunion par première intention. A ce propos, M. Pozzi, rappelle qu'il a pratiqué une semblable opération il y a cinq ans et en a donné la relation au Congrès de chirurgie.

M. Delagenière (du Mans), au cours de la séance, a lu sa *statistique* qui se compose de 265 opérations avec 21 morts et présente une *tumeur sacro coccygienne* qu'il a enlevée.

M. Montprofit (d'Angers) lit une observation intitulée : *Grossesse tubaire diagnostiquée à trois mois, laparotomie, guérison.*

M. Guinard présente une énorme tumeur congénitale du mollet, évoluant du côté du sarcome.

Eugène Rochard.

BIBLIOTHÈQUE

Les hémorrhoïdes, par le Dr E. Ozenne.

Bibliothèque Charcot-Debove. — Rueff, 1893.

Ce petit volume est l'un des premiers de cette bibliothèque qui traite d'un sujet chirurgical, et nous pouvons dire d'avance qu'il ne sera pas le moins apprécié, étant donné le choix de la maladie et sa malheureuse fréquence dans notre pauvre espèce humaine. Comme le fait remarquer l'auteur dans son avant-propos, jadis, on ignorait ce qu'étaient les hémorrhoïdes, aujourd'hui on en connaît la véritable nature, c'est une phlébite chronique et de plus l'antisepsie garantit à l'heure qu'il est des méthodes thérapeutiques sûres et radicales. Ces deux propositions sont développées et prouvées dans le cours de l'ouvrage qui joint aux qualités scientifiques des côtés d'utilité pratique incontestable.

Notre ami Ozenne a su, du reste, s'appuyer dans son livre sur des autorités telles que Verneuil, D. Mollière, Allingham et Gosselin, dont il n'hésite même pas, et avec raison, à reproduire quelques passages.

L'étiologie, l'anatomie pathologique sont longuement étudiées; la pathogénie est aussi l'objet d'un chapitre spécial.

Mais il nous semble que la part faite à l'infection est bien petite; ce sont là, du reste, des questions qui datent de quelques jours et qui ne sont pas encore tout à fait élucidées. La symptomatologie et le traitement sont aussi exposés d'une façon très complète et l'auteur sait se débarrasser de toutes les anciennes méthodes thérapeutiques, pour recommander l'excision au bistouri, opération qui donne, comme on le sait, d'excellents résultats. Enfin, le volume se termine par quelques remarques sur l'hygiène des hémorrhoïdaires.

Nous ne pouvons, en terminant, qu'adresser des remerciements à notre ami Ozenne pour avoir enrichi la bibliothèque médicale d'un livre aussi utile que pratique.

E. R.

COURRIER

La Faculté de médecine vient d'être frappée d'un nouveau deuil. Le professeur Benjamin Ball, chargé de la clinique des maladies mentales, a succombé le jeudi 23 février. Depuis quelques temps, l'état de sa santé le tenait éloigné de son enseignement et de son service à l'hôpital Laënnec. Nous nous associons au deuil qui frappe sa famille.

Hopital Lariboisière (clinique laryngoscopique). — Le docteur Gouguenheim reprendra son cours dimanche, 29 février, à dix heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Examens cliniques et opérations les mardis, jeudis, samedis, à neuf heures du matin.

— L'Assistance publique serait en pourparler pour acheter, à Angicourt (Oise), une propriété à la campagne, dans laquelle ne seraient traités que des sujets phtisiques.

— Le prix du docteur Blache (400 francs), accordé tous les trois ans au médecin de la marine militaire française ayant fait la découverte la plus utile ou le meilleur mémoire sur la thérapeutique médicale, sera décerné cette année. Les candidats devront faire parvenir leurs titres au ministère de la marine avant le 1er septembre prochain.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre confrère Alphonse Davaine, fils du grand Davaine, l'auteur des travaux sur la bactéridie charbonneuse.

Ancien interne des hôpitaux, élève de MM. Ollivier, Féréol, Labbé, Laboulbène, M. Davaine avait su se faire apprécier de ses maîtres et aussi de ses amis.

Corps de santé de la marine et des colonies. — *Liste d'embarquement des médccins de 1re classe.* — *Toulon :* MM. 1. Buisson; 2. Cartier; 3. Durand; 4. Féraud; 5. Gauran; 6. Ourse; 7. dé Bonadona; 8. Amouretti; 9. Cauvet; 10. Aubert; 11. Pons; 12. Jabin-Dudognon; 13. Durbec; 14. Boutin; 15. Couteaud ; 16. Théron; 17. Alix; 18. Barrême. — *Rochefort :* MM. 1. Chasseriaud; 2. de Gouyon de Pontouraude ; 3. Dufour; 4. David; 5. Chevalier; 6. Bellot; 7. Julien-Laferrière; 8. Mialaret; 9. Morain; 10. Gorron; 11. Touchet; 12. Palmade; 13. Lassabatie; 14. Planté. — *Brest :* MM. 1. Le Franc; 2. A. Reynaud; 3. Guézennec; 4. Dubut; 5. F. Kergrohen; 6. Laugier; 7. Vergos; 8. Négadelle. — *Lorient :* MM. 1. Durand; 2. Bahier; 3. Colle; 4. Nodier; 5. Thamin; 6. Ropert. — *Cherbourg :* MM. 1. Recoules; 2. Deblenne; 3. Fras; 4. Damany; 5. Branellec; 6. Jan.

M. le médecin de 1re classe Dhoste, détaché hors cadre à la Compagnie générale transatlantique, est placé en non-activité pour infirmités temporaires, et fixe sa résidence à Saint-Nazaire.

— Le jury du concours qui s'ouvrira à Rochefort, les 13 et 20 mars, pour la chaire de pathologie et d'hygiène navale, et celle de chirurgie militaire et navale, sera composé de MM. les médecins en chef Bourru et Dupont et les médecins principaux Burot et Fontorbe.

Un concours s'ouvrira à Toulon, le lundi 27 mars, pour la chaire vacante de pathologie et d'hygiène navale. La commission du jury se composera de MM. le directeur du service de santé Cunéo, président; le médecin en chef Monin; les médecins principaux Galliot et Fontan.

M. le médecin de 1re classe Castellan embarque sur le *Sfax.*

M. le médecin de 1re classe Lussaud arrive de Rochefort et embarque sur l'*Indomptable.*

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu

LÈPRE ANESTHÉSIQUE SYSTÉMATISÉE

LEÇON REVUE PAR M. LE PROFESSEUR

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'un malade atteint d'une affection qui est rare dans nos pays et dont le diagnostic est difficile.

Cet homme, couché au n° 7 de la salle Chauffard, a une apparence vigoureuse, bien qu'il ait maigri depuis quelque temps ; il est facile à reconnaître, car son corps est entièrement tatoué.

Actuellement, on remarque au premier coup d'œil qu'il présente une atrophie symétrique des quatre membres. Au membre supérieur cette atrophie intéresse surtout les muscles de la main ; ceux de l'éminence thénar ont presque disparu et il en est de même des interosseux. A l'avant bras les extenseurs sont beaucoup plus atteints que les fléchisseurs. Enfin, aux bras, il y a une simple diminution de volume sans atrophie vraie.

La main a pris l'attitude dite en griffe, et une contracture impossible à vaincre maintient fléchis l'auriculaire et l'annulaire. Le médius est également fléchi mais on peut le redresser. Les mouvements d'opposition du pouce sont difficiles par suite de l'atrophie. L'impotence fonctionnelle de la main est relative ; le malade serre peu ou mal, mais il mange seul et porte encore des objets assez lourds.

On ne remarque aucune diminution de volume dans les muscles des épaules, du cou et du tronc.

L'amaigrissement de la jambe est très prononcé et porte surtout sur les extenseurs et les péroniers. Le malade peut encore redresser le pied qui n'est pas dévié ; il n'y a pas de pied bot. La marche est cependant fort difficile, car notre homme ne pose sur le sol que les talons par suite des souffrances qu'il ressent dans la partie antérieure du pied ; il ne steppe pas, il talonne. Le pied est tout entier diminué de volume, mais l'atrophie ne porte pas spécialement sur tel ou tel groupe musculaire.

Du côté de la face on observe peut-être un peu de difficulté dans la contraction des orbiculaires et des buccinateurs ; le malade a de la peine à siffler, et on peut admettre qu'il y a réellement un léger degré d'atrophie.

Les troubles sensitifs sont très notables et méritent de nous arrêter.

La sensibilité tactile est partout conservée, même pour les contacts légers ; c'est à peine si elle est un peu émoussée au pied et au bas de la jambe.

Par contre, la sensibilité à la douleur est obtuse ; les piqûres, les pincements sont difficilement perçus. Toutefois, il y a de l'hyperesthésie plantaire.

La sensibilité thermique est nulle. Le malade ne sent pas le froid et le chaud. C'est

ainsi qu'à la face palmaire d'une main il a une ulcération qui résulte de la brûlure que lui a faite une allumette sans qu'il s'en aperçoive.

Cette dissociation spéciale de la sensibilité dite dissociation syringomyélique s'étend à 10 centimètres au-dessus du poignet et à 20 centimètres au-dessus du cou de pied; elle manque dans le reste du corps.

Le sens musculaire est très altéré, le malade n'a qu'une conscience imparfaite de la position de ses mains.

Les troubles trophiques sont très accentués.

Aux mains, la peau est lisse; il y a disparition des plis digitaux; le tégument, collé aux phalanges, a l'aspect sclérodermique et est absolument sec; il n'y a plus de transpiration et l'épiderme, desséché, a une tendance à se fendiller. Aux pieds, les lésions trophiques sont beaucoup plus graves. L'épiderme est écailleux, crevassé. De plus, on constate l'existence de maux perforants multiples qui siègent à droite, sous la plante, à la face externe du gros orteil et en dedans du médius; à gauche, seulement sous la plante. Au niveau des ulcérations, l'hyperesthésie est notable, circonstance à noter, car, dans les vrais maux perforants, l'indolence est ordinairement absolue. Le décollement sous-épidermique est considérable et l'ulcère donne une sérosité sanieuse. Les orteils sont racornis, comme tassés; la première phalange est relevée, la deuxième abaissée; de telle sorte que le pied prend la forme en griffe et ressemble au moignon des femmes chinoises. On voit de nombreuses cicatrices, trace d'anciennes ulcérations sphacéliques.

Actuellement encore, on constate l'existence d'une gangrène de la dernière phalange du gros orteil gauche; l'ongle est tombé et il s'est fait un sillon d'élimination aux dépens de sa base.

Ces différentes lésions rendent la marche difficile, et même presque impossible; cependant, le malade a gardé la notion de la résistance du sol, mais il a perdu celle de sa température. Il est probable que la lésion actuelle du gros orteil est la conséquence d'une gelure qui s'est faite au moment des grands froids qui viennent d'avoir lieu sans que le malade s'en soit aperçu.

Le réflexe rotulien est complètement aboli à droite, partiellement à gauche.

L'odorat n'est pas très bon et l'acuité gustative est amoindrie; mais on ne constate pas de troubles du côté de la vision ou de l'audition.

L'intelligence du malade est très nette et la parole facile.

La santé générale est bonne et tous les organes sont sains; il n'y a, en particulier, ni albuminurie ni glycosurie.

En résumé, le malade présente :

Une amyotrophie symétrique des quatre membres;

Une dissociation syringomyélique de la sensibilité;

Des troubles trophiques multiples;

Des lésions commençantes des nerfs olfactifs et gustatifs.

Le diagnostic de ce cas est difficile, et plusieurs hypothèses sont soutenables.

La première idée qui vient à l'esprit est que l'on se trouve en présence d'une atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. La déformation des mains en griffe rappelle absolument celle que l'on observe dans cette affection et il y a la même impotence fonctionnelle.

Cependant, à un examen plus approfondi, il est impossible de s'arrêter à ce diagnostic. Dans l'atrophie musculaire type Aran-Duchenne, il n'y a pas de troubles de sensibilité notables, peu ou pas de troubles trophiques, presque jamais de douleurs. Les muscles présentent de la trémulation fibrillaire et l'atrophie est beaucoup plus disséminée; non seulement les muscles de la main, mais encore les muscles de l'épaule et du tronc, le

deltoïde, le trapèze sont aussi frappés. Au contraire, chez notre malade, la lésion est exactement périphérique, circonscrite et symétrique.

L'existence du signe de Westphal pourrait faire songer au tabès. Notre homme marche mal, talonne, il a des maux perforants, troubles trophiques fréquents dans l'ataxie, enfin il a souffert pendant de longs mois au niveau des jambes. Plusieurs de ces symptômes sont explicables, comme vous le savez, par ces névrites que Déjerine a montrées si fréquentes dans l'ataxie. Malgré tout, l'erreur est ici facile à éviter. La marche du malade n'est pas celle de l'ataxique, les douleurs n'ont pas le caractère des véritables douleurs fulgurantes, il n'y a pas de troubles viscéraux, non plus que de phénomènes occulaires; le signe de Romberg fait défaut : enfin, le malade n'a pas eu la syphilis.

La dissociation de la sensibilité doit faire penser à la syringomyélie. C'est une maladie de la moelle caractérisée, comme vous le savez, soit par l'hydropisie du canal épendymaire, soit par la transformation de cet épendyme en tissu gliomateux renfermant des lacunes secondaires. Cliniquement, on constate la persistance de la sensibilité tactile, la disparition des sensibilités thermique et douloureuse. Presque toujours il y a scoliose concomitante et affaiblissement progressif, mais rarement atrophie musculaire véritable; enfin, la maladie a une durée presque indéfinie. Les névrites concomitantes provoquent souvent le développement des troubles trophiques. En fait, on observe dans la syringomyélie des symptômes que l'on peut aussi rencontrer dans le tabès et on peut dire que c'est là une maladie d'attente qui sert probablement à étiqueter des faits disparates.

On peut, dans notre cas, écarter la vraie syringomyélie à cause de la rapidité relative des accidents divers et des atrophies, — de la localisation circonscrite des troubles sensitifs et moteurs,— de l'absence de scoliose,— de la prédominance de troubles trophiques ulcéreux et gangréneux impliquant l'idée de névrites multiples.

Cependant, il est probable qu'il y a quelques années on n'aurait pas hésité et que notre malade aurait été regardé comme atteint de syringomyélie. M. Bruhl, qui a publié un excellent travail sur cette maladie, y a consigné des observations qui se rapportent à de la lèpre, prise pour de la syringomyélie.

Les troubles d'origine névritique dominant chez notre malade, nous pouvons penser à de la polynévrite. Ce diagnostic se justifie anatomiquement. Mais la polynévrite est rarement primitive, rarement elle existe seule, et, très souvent, il s'y associe des lésions du cerveau et de la moelle. Aussi Charcot, Guinon, Parmentier ont-ils décrit récemment la polyencéphalomyélite dont le diagnostic doit être regardé, jusqu'à nouvel ordre, comme fort délicat, puisque, dans un cas de Chauffard, une erreur a été commise.

Ici la névrite est rendue évidente par l'atrophie, les troubles trophiques, les troubles de l'odorat et de la gustation. Mais les nerfs sont-ils tous atteints ou y a-t-il en même temps des lésions des centres nerveux et des noyaux moteurs? Il est très difficile de répondre catégoriquement et, par exemple, la question est encore pendante pour les atrophies saturnines systématisées, les lésions de la paralysie générale, les dégénérescences rapides des nerfs que l'on observe dans certaines maladies infectieuses ou certaines toxémies (diphtérie, alcool, etc.).

Quoi qu'il en soit, nous sommes conduits, chez notre malade, au diagnostic de névrite multiple. Maintenant, quelle est la nature de cette névrite?

L'évolution seule du cas et l'histoire du malade peuvent nous conduire au vrai diagnostic. Il s'agit, en effet, d'un cas de lèpre systématique, nerveuse, très probable d'après les antécédents, certaine d'après l'évolution de la maladie.

Le malade, âgé de 47 ans, est né en Lorraine de parents sains, sans tare diathésique quelconque. Comme maladie, il n'a eu qu'une pneumonie à l'âge de 14 ans.

A 20 ans, il devient soldat et passe douze ans en Afrique sans contracter de maladie; puis il revient en France et s'y fixe jusqu'en 1876. A cette date, il s'engage comme chauffeur à bord d'un bateau de la Compagnie transatlantique, et navigue dix ans entre les îles de Java, Batavia et Sumatra, pays où la lèpre est endémique.

Dans ces contrées, le malade raconte qu'il a vu de nombreux lépreux, mais il affirme catégoriquement n'avoir jamais habité avec eux; il couchait à bord de son navire et n'avait pas de contact continu avec les indigènes.

C'est pendant un séjour dans la mer des Indes qu'il s'est fait tatouer le dos, la poitrine et les membres. Ce tatouage a duré six mois pendant lesquels, du reste, il n'a pas été malade.

Rentré en France en 1885, notre homme s'est bien porté jusqu'en 1890, et a exercé, sans gêne, jusqu'à cette époque, sa profession de mécanicien.

Sa maladie paraît avoir débuté il y a dix-huit mois. En mai 1890, il fut, en effet, pris brusquement de douleurs très vives occupant l'avant-bras et la main gauche. Très rapidement les régions douloureuses présentèrent un œdème dur, blanc et très résistant. Les doigts étaient gros et déformés; il y avait de l'hyperesthésie et des élancements.

Dès que l'œdème commença à diminuer apparurent des plaques violacées, inégales et irrégulières, de dimensions variant entre celles d'une lentille et celles d'une pièce de 5 francs, rondes, ovoïdes ou circinnées. Simultanément se développèrent des phénomènes de cyanose et d'asphyxie locale des doigts avec engourdissement et anesthésie.

A cette date, le malade raconte nettement qu'il souffrait de deux genres de douleurs : une hyperesthésie locale à la pression et des élancements fulgurants le long des nerfs.

Les symptômes de névrite durèrent environ un mois, puis l'atrophie musculaire se développa rapidement, frappant d'abord la main, puis l'avant-bras. Au bout de trois ou quatre mois, la main avait pris la forme en griffe qu'elle présente actuellement. En même temps, les phénomènes douloureux s'atténuèrent, mais il y eut accentuation de l'anesthésie.

Quelques semaines plus tard les mêmes accidents se produisirent sur la face. Œdème douloureux avec taches lie de vin pendant un mois, puis amaigrissement des muscles.

Six mois après, des phénomènes identiques ayant la même succession évoluaient à la main et à l'avant-bras droit, et, enfin, en janvier 1892, les deux jambes se sont prises simultanément. Il y eut d'abord des douleurs atroces et de l'œdème, puis sont apparues des taches maculeuses et érythémateuses; finalement, la peau est devenue écailleuse et mince. Aux orteils, les lésions ont été plus graves et il s'est produit d'abord des phlyctènes pemphigoïdes, puis du sphacèle partiel des dernières phalanges.

Ces phénomènes ne sont pas ceux de la névrite ordinaire.

L'érythème par plaques, l'asphyxie locale des extrémités rappellent ce que l'on a signalé dans le début de la sclérodermie et de la morphée, ainsi que dans les panaris suspects aboutissant à des ulcérations gangréneuses qui ont été décrits sous le nom de maladie de Morvan.

Faut-il conclure de tout cela que nous sommes en présence d'un cas bien évident de lèpre?

Les probabilités sont grandes. En effet, le malade a fait un long séjour dans des pays exotiques ou la lèpre est endémique; — les troubles de la sensibilité ont été précoces; — les lésions de névrite sont évidentes; — enfin, M. Quinquaud, qui a vu le malade à Saint-Louis au moment de la poussée éruptive, a porté le diagnostic de lèpre.

Un signe particulier rend le diagnostic presque certain. Je veux parler de l'hypertrophie des nerfs cubitaux. Ces nerfs paraissent gros, moniliformes et noueux. C'est là un

fait d'une grande importance; car, jusqu'ici, on n'a jamais, que je sache, constaté d'épaississement des nerfs dans les autres variétés de polynévrite. Au contraire, on a signalé cet épaississement (Thibierge, Chauffard) dans des cas à dissociation syringomyélique dont le diagnostic était obscur.

Il paraît donc bien démontré qu'il s'agit d'un cas de lèpre de la variété anesthésique, aboutissant à l'atrophie par le mécanisme des névritres périphériques.

Pourtant, les débuts n'ont pas été ceux de la lèpre classique, même anesthésique et systématisée.

D'ordinaire, dans cette maladie, les phénomènes initiaux sont insidieux et les taches ne sont pas précédées d'œdème. Ici, au contraire, ce qui est caractéristique c'est cet œdème douloureux, initial, comparable à celui du béribéri. Mais cette dernière maladie ne s'accompagne ni de taches, ni de phénomènes ulcéreux, et l'atrophie musculaire y est passagère.

Il résulte de cette analyse que les premiers symptômes de la maladie se sont produits très longtemps après l'époque présumée de l'infection, puisque le malade a séjourné cinq ans en France sans avoir d'accidents après son retour des pays chauds.

La lèpre peut-elle avoir une incubation aussi longue? Cela n'est guère admissible et il est probable qu'il y a eu, au début, des phénomènes insidieux qui n'ont pas été perçus.

Le mode de contagion reste aussi très obscur, puisqu'il n'y a pas eu de cohabitation avec des lépreux. Peut-être faut-il incriminer le tatouage.

Une autre question se pose encore. La dissociation syringomyélique peut-elle dépendre d'une névrite pure sans lésion spinale? Babinsky a signalé la conservation de la sensibilité de contact, associée à l'anesthésie thermique et douloureuse dans des cas indubitables de névrite pure; cependant, dans la plupart des faits, la lésion de la moelle est probable. Chez notre malade, cette opinion est défendable en raison de la symétrie des lésions et de leur bilatéralité.

Notre homme est incurable; cependant, comme il n'y a pas de lésions viscérales, pas de cachexie, la vie n'est pas menacée.

Le traitement n'offre que peu de ressources. Nous traitons les lésions ulcéreuses par l'enveloppement avec la gaze boriquée et donnons à l'intérieur l'huile de Chaulmoogren à la dose de 25 gouttes matin et soir. Les bains, l'électrisation exagèreraient les douleurs dues à la névrite.

Je tiens à vous dire, en terminant, qu'il en est de ces lésions comme de celles dues à la syphilis, lorsqu'elles atteignent les nerfs; même si l'infection est enrayée, les altérations subsistent.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février. — Présidence de M. FERNET.

Tuberculose linguale.

M. CHAUFFARD présente un malade atteint d'une variété assez rare de *tuberculose linguale* dont le diagnostic a été réellement difficile. La lésion simule absolument une gomme syphilitique ulcérée.

C'est un homme de 48 ans, presque cachectique; quand il entra à l'hôpital, il se plaignait d'une gêne de la langue qui, depuis quinze jours environ, s'était épaissie; la salivation était abondante; pas de douleurs vives. Tout le tiers antérieur de la langue était, en effet, augmenté de volume, la muqueuse était dépapillée par places et recouverte d'un enduit jaunâtre; à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs, on constatait une saillie dure, résistante; il y avait une fissure profonde au niveau du sillon médian. En outre, à la commissure labiale gauche, ulcérations superficielles à bords décollés, et, à l'angle da la mâchoire du même côté, un petit ganglion tuméfié et douloureux. Au niveau du sommet des deux poumons, submatité et craquements; la présence des bacilles dans les crachats confirme le diagnostic de tuberculose pulmonaire; tuberculose laryngée probable, mais que l'état de la langue ne permet pas de vérifier au laryngoscope.

Or, ce malade a eu, à l'âge de 24 ans, et trois semaines après un coït suspect, une lésion de la verge qui, très probablement, était un chancre induré. Bien qu'il n'ait présenté depuis aucun accident secondaire ni tertiaire, on pensa que les lésions de la langue pouvaient être de nature syphilitique; on soumit le malade à un traitement énergique. Mais, loin de s'améliorer, les lésions s'étendirent et s'aggravèrent. Actuellement, la fissure du sillon médian s'est approfondie et est semée de granulations jaunâtres; ce sont les granulations de Julliard, dont Trélat a montré la grande valeur séméiologique; en arrière, la fissure se termine par une sorte de cratère au niveau de la tumeur saillante qui s'est pour ainsi dire vidée.

Il s'agit donc, dans ce cas, de tuberculose à la fois superficielle et profonde de la langue; on a trouvé des bacilles dans les exsudats; M. Chauffard ajoute que le traitement ioduré a été nuisible. Le malade est traité actuellement par des attouchements au naphtol camphré.

M. Rendu a obtenu, dans un cas analogue, de bons résultats avec l'acide lactique en solution au dixième.

M. Fernet a communiqué à la Société de thérapeutique un cas analogue à celui de M. Chauffard, et dans lequel l'acide lactique ne donna rien; le naphtol camphré, régulièrement appliqué pendant deux ou trois mois, amena une guérison presque complete.

Des algies centrales ou psychiques des neurasthéniques.

M. Huchard a déjà étudié, en 1882 et en 1883, la neurasthénie de Béard et Weir Mitchell, et, depuis, il a appelé encore l'attention sur les neurasthénies locales. D'autre part, M. Paul Blocq a décrit récemment, sous la dénomination de « topoalgies » une « variété de neurasthénie monosymptomatique dans laquelle on constate seulement une douleur fixe, localisée dans une région variable, mais en rapport avec un district anatomiquement ou physiologiquement délimité ».

M. Huchard préfère, à la dénomination de topoalgie, celle d'*algie centrale* ou *psychique* qui indique la nature des douleurs.

Ces algies neurasthénique se caractérisent par des douleurs vives à exacerbations, à siège très variable, ne suivant pas le trajet des nerfs, n'augmentant pas ordinairement par la pression, rebelles à toutes les médications.

Si l'hypochondrie est la maladie des idées fixes, la neurasthénie locale est la maladie des sensations fixes; M. P. Blocq la regarde comme « la manifestation clinique de la persistance d'une image sensitive fixe, analogue, dans le domaine de la sensibilité, à ce qu'est la sensibilité dans le domaine de l'intelligence ».

Ces algies peuvent simuler une maladie d'organe. On les a observées dans la région pelvienne, et elles ont reçu alors de M. Richelot le nom de grandes névralgies pel-

viennes. Or, on a englobé sous ce nom des faits différents. Il y a des névralgies pelviennes qui dépendent de lésions graves de l'appareil sexuel et qui légitiment une intervention chirurgicale; mais, quelquefois, avec des douleurs violentes, les lésions sont nulles ou insignifiantes; l'intervention est alors inutile.

Dans quelques cas, les neurasthéniques sont de grands hyperchlorhydriques, et ils éprouvent de violentes douleurs aux régions épigastrique et abdominale.

Au point de vue thérapeutique, M. Huchard emploie contre les douleurs la faradisation avec le balai électrique, les pulvérisations de chlorure de méthyle, et il s'efforce de tonifier ses malades et d'améliorer leur état général.

Contagiosité et évolution des oreillons.

M. Antony : M. Rendu a établi, dans une précédente séance, que les oreillons sont contagieux à la fin de la période d'incubation et que la durée de cette période est d'environ vingt jours.

Mais si les oreillons sont contagieux dans la période prodromique, il ne s'ensuit pas qu'ils ne le soient plus pendant la période d'évolution et pendant la convalescence. M. Antony vient justement, à ce sujet, présenter à la Société les résultats qu'il a tirés de l'observation de deux épidémies d'oreillons. Voici les conclusions de sa communication :

1° La durée de la période d'incubation des oreillons est, dans la majorité des cas, de 18 à 22 jours, mais elle est parfois réduite à 8 jours, et semble se prolonger à 30 jours dans certains milieux ;

2° Les oreillons sont contagieux surtout pendant la période d'incubation, mais ils sont encore transmissibles après guérison pendant une période de temps encore indéterminée;

3° Le sang et les liquides extraits des parotidites et des orchites contiennent un microcoque spécial qui paraît être l'agent pathogène, toutes réserves faites, en raison des résultats négatifs qu'a donnés l'inoculation aux animaux.

4° L'angine et la tuméfaction des glandes sous-maxillaires constituent parfois les manifestations initiales de la maladie ;

5° Dans certains cas d'orchite ourlienne la tuméfaction débute par l'épididyme.

M. Rendu n'est pas absolument convaincu, par la communication de M. Antony, que la période d'incubation des oreillons puisse être de 30 jours ; de plus, rien ne démontre que la contagion soit possible après la guérison absolue.

M. Sevestre appuie les réserves formulées par M. Rendu. Tout récemment, un enfant depuis un mois à l'hôpital est pris des oreillons ; il n'y en avait pas eu depuis très longtemps dans la salle. On aurait pu penser à une longue incubation. Mais on apprit que, dans un service voisin, il y avait eu des cas d'oreillons quelques temps avant. Or, les enfants des deux services jouent ensemble ; le point de départ de la contagion était donc trouvé.

M. Merklen a observé, cependant, il y a quelques années, deux cas d'oreillons dont la période d'incubation a été pour chacun d'eux de 26 ou 27 jours.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 février 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : Le chloralose. — Le microbe de la trachéo-bronchite. — Virulence du bacterium coli. — Tuberculose oculaire sans bacilles. — Influence des hémorrhagies de la mère sur le fœtus.

Le chloralose continue à être expérimenté par les membres de la Société de biologie. Pour M. Féré, on peut, chez les hystériques et les choréiques, élever la dose à 2 gr. 25 sans

avoir à redouter aucun accident. Avec ces fortes doses, la respiration devient sterctoreuse et il se produit des mictions involontaires.

M. Choupe n'a jamais cru le chloralose cause de phénomènes gastriques pénibles.

M. Queyrat rappelle d'abord un fait clinique que tous les médecins ont pu observer, à savoir : la contagiosité et l'épidémicité de la trachéo-bronchite. Quand un membre d'une famille est atteint de cette affection, il est fort rare que les autres personnes habitant avec le malade ne soient pas atteintes à leur tour. M. Queyrat a donc recherché le microbe de la trachéo-bronchite et a trouvé dans les crachats des malades, outre des micro-organismes banales, un streptocoque produisant sur la gélose des colonies arrondies, opaques et jaunâtres et se développant bien à 35°. Ce serait là l'agent spécifique de la maladie, qui ne dépendrait du froid que d'une façon secondaire.

M. Malassy a pu arrêter très souvent des trachéo-bronchites, des rhumes, des laryngites stridulaires au début en faisant renifler à ses malades de l'eau chaude renfermant de l'alcool camphrée.

— On a dit que le bactérium-coli recueilli dans les selles de personnes bien portantes n'était pas pathogène. Ce n'est pas l'avis de M. Gilbert, qui a vu les cultures de ce bacille injectées dans l'oreille d'un lapin entraîner la mort de l'animal. La virulence est un peu moins grande, voilà tout. Les toxines du bactérium coli provenant de personnes saines causent chez les lapins un affaiblissement musculaire progressif, avec trémulation et dilatation de la papille ; la sensibilité diminue, puis l'animal tombe dans le coma et se paralyse, il finit par mourir après avoir présenté des convulsions tétaniques. A l'autopsie, on trouve que le cœur bat pendant très longtemps.

Ces recherches sont très importantes, car elles prouvent que le bacille coli qui habite l'intestin fabrique des toxines. Si ces dernières n'entraînent pas habituellement d'accidents, c'est que le foie protège l'organisme et les détruit.

M. Roger croit aussi que le bactérium coli peut être l'origine d'infections de l'organisme. Il l'a vu entraîner la production d'angiocholites.

— Dans un cas de tuberculose de l'iris et du corps ciliaire, M. Kalt n'a pu trouver les bacilles ni produire la tuberculose par les inoculations expérimentales. Il s'agissait cependant certainement de tubercules, et, du reste, les observations de ce genre sont déjà assez nombreuses.

— Les *hémorrhagies qui se produisent chez la mère entraînent la mort du fœtus* ; c'est un fait que M. Butte a signalé depuis longtemps. Si on analyse le sang des vaisseaux ombilicaux, on voit que le sang qui revient du placenta à la mère renferme plus d'oxygène et d'acide carbonique que le sang qui vient du placenta. La mère prend donc, dans ces conditions, de l'oxygène au fœtus.

— M. Féré a vu la folie se communiquer de l'homme au chien. Les animaux vivant avec des femmes agoraphobes ne voulaient plus traverser une rue ; d'autres partageaient les répugnances exagérées de leur maîtres pour certains mets et certaines odeurs.

Des moyens d'arrêter les vomissements pendant l'anesthésie chloroformique

On sait combien sont fréquents les vomissements pendant le cours de l'anesthésie chirurgicale, et quels ennuis les contractions du diaphragme peuvent causer au chirurgien, surtout quand il opère sur l'abdomen. Ces vomissements sont cependant très fréquents et tiennent, très souvent, on le sait, à l'impureté de l'agent anesthésique. Il faut savoir les arrêter, et le premier moyen consiste à faire disparaître toute sensibilité réflexe en augmentant la dose de chloroforme. On devra donc tout d'abord verser une

nouvelle quantité de ce liquide sur la compresse; mais cela ne suffit pas et différents autres moyens ont été proposés.

C'est ainsi que le docteur B. Joos, assistant à l'hôpital de Winterthur, propose un procédé, emprunté, du reste, à la pratique du docteur Leloir, professeur à Lille, pour les cas de hoquet incoercible. Il recommande de comprimer soit le phrénique du côté gauche, soit ces deux nerfs à la fois, à l'aide des pouces placés immédiatement au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule.

M. Joos aurait obtenu d'excellents résultats de cette compression qui doit être continuée quelques minutes après la cessation des accidents.

Comme on le voit, le procédé est simple et ne peut faire courir le moindre danger au malade. S'il ne réussit pas, si les vomissements ne cessent pas aussitôt, on pourra avoir recours à un moyen bien simple et qui nous a déjà rendu de grands services.

Ce moyen consiste à prendre une compresse, à la tremper dans de l'eau bien froide et à l'appliquer sur le cou du malade. L'effet est immédiat, et la compresse doit être, bien entendu, changée dès qu'elle commence à s'échauffer. Le froid agit ici comme la compression sur les nerfs phréniques, et son effet est tellement local, qu'il n'y a pas à craindre un refroidissement susceptible de produire des manifestations pulmonaires.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de médecine opératoire (opérations générales et spéciales), par le professeur Dr Karl Löbker. Traduction du Dr Herman-Hanquet. Paris, O. Doin, 1893.

C'est une deuxième édition française d'après la troisième édition allemande que nous donne M. Hanquet, édition pour laquelle M. Von Winiwarter a bien voulu écrire une préface. Il est de règle de dire que l'ouvrage qu'on recommande comble une lacune, et le savant professeur n'a pas manqué de le faire en ce qui touche les livres de médecine opératoire de langue française. Sans être aussi convaincu que M. Von Winiwarter de la pénurie de « notre littérature didactique », nous ne pouvons nous empêcher de signaler à l'attention du public médical le traité de Karl Löbker, qui se distingue surtout par la description des procédés opératoires ayant trait à la chirurgie des viscères.

Après avoir, en effet, étudié les interventions qui sont pratiquées sur les os, les articulations, les vaisseaux, les nerfs et les tendons, l'auteur décrit les opérations qui se fait sur les voies respiratoires et le thorax, telles que l'extirpation du larynx, l'empyème et l'amputation du sein.

Passant ensuite aux organes digestifs, il décrit, entre autres chapitres, l'extirpation de la langue, la laparotomie, les opérations sur l'estomac, l'extirpation du rectum, et enfin les interventions sur la vésicule biliaire.

L'ouvrage se termine par les opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires de l'homme.

Comme on le voit, l'auteur a courageusement rompu avec la tradition, en ne faisant pas rentrer dans un traité de médecine opératoire, tout ce qui a trait à une chirurgie spéciale comme celle des yeux, des oreilles et des organes génitaux de la femme; et nous ne pouvons l'en blâmer.

Disons, en finissant, que cet ouvrage éminemment pratique est accompagné de figures nombreuses qui facilitent la lecture du texte.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

Les diverticules de l'œsophage et leur traitement, par Kocher. (*Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte*, 1892, n° 8.) — Suivant Kocher, les diverticules œsophagiens sont moins le résultat d'un vice de conformation congénital que le produit d'une cause traumatique ou mécanique. Ce seraient avant tout des diverticules par pulsion. Dans un cas observé par le chirurgien de Berne, de nombreux vomissements antérieurs avaient incontestablement créé sur la paroi œsophagienne un locus minoris resistentiæ. La dilatation se fait plus souvent du côté gauche, où la paroi du canal alimentaire est moins bien soutenue et siège ordinairement assez près au-dessous du bord inférieur du constricteur cricopharyngien.

La paroi diverticulaire se distingue de la paroi œsophagienne normale par ce fait que la tunique musculaire formée surtout, selon Henle, de fibres striées, manque; on est donc en présence d'une invagination de la muqueuse et de la muscularis mucorsæ avec épaississement considérable de la couche externe fibro-élastique.

Kocher opère de la façon suivante : ligature double du pédicule et section au thermocautère; fermeture par deux plans ; l'un, profond, circulaire; l'autre longitudinal.

Dr R.

Une méthode de résection et d'arthrectomie du coude, par Kœlliker. (*Deutsch-Zeitsch f. Chirurgie*, tome XXXIV, p. 317.) — Kœlliker fait connaître deux procédés qui ménagent les attaches musculaires à l'épicondyle et à l'épitrochlée, et sacrifient aussi peu d'os que possible.

Premier procédé. — Une incision longitudinale postérieure divise le triceps et met l'olécrane à nu, de telle façon qu'une coque osseuse reste adhérente, à droite et à gauche, au tendon tricipital. Puis on mène perpendiculairement sur cette incision une section passant sur l'articulation radio-humérale. On scie l'olécrane à la hauteur de l'apophyse coronoïde, on conserve la tête radiale, ou bien on n'en enlève qu'une mince lamelle. La cavité articulaire devient ainsi facilement accessible. On termine l'opération par la suture du tendon du triceps.

Deuxième procédé. — Une incision longitudinale descend le long du bord interne du triceps et de l'olécrâne. Sur l'extrémité inférieure de celle-ci, on conduit à angle droit une section qui, passant sur la base de l'olécrane, atteint l'articulation radio-humérale. On divise l'olécrane avec la gouge, on relève le lambeau et on inspecte l'intérieur du coude. Suture de l'olécraue.

Les deux procédés donnent de bons résultats et permettent d'éviter à coup sûr la formation d'un article ballant. — Dr R.

Obturation des pertes de substance cranienne à l'aide de plaques de celluloïde. — Dans une des dernières séances de la Société royale des médecins de Vienne, M. Weinlechner a présenté un malade qui, renversé par une locomotive, avait eu une fracture esquilleuse du crâne. Ces fragments furent enlevés et, au bout de quelques jours, la perte de substance comblée avec une plaque de celluloïde de 3 centimètres de long sur deux centimètres de large. Celle-ci fut parfaitement tolérée.

M. Eiselsberg a employé le même procédé sur une jeune fille de 15 ans dont le crâne était perforé par une ostéite. La perte de substance était plus grande que la surface d'un florin. Elle fut comblée avec de la celluloïde recouverte d'un lambeau de peau emprunté aux parties voisines. La guérison s'est maintenue, et cela depuis deux ans.

Sur un autre sujet, il s'agissait d'une fracture; la prothèse par la celluloïde fut immédiate; il se produisit au-dessous de la plaque un hématome qui, trois jours après l'intervention, détermina des accès d'épilepsie. On dut retirer l'appareil, qui put être remis dix-sept jours plus tard, et la guérison s'ensuivit. Cette observation prouve qu'il est préférable de réparer la brèche en deux temps.

Enfin, chez un troisième malade atteint de carie du crâne, la suppuration continua au-dessous de la plaque de celluloïde, et on fut obligé de la retirer d'une manière défitive. (*Deutsche medizinal Zeitung*, 2 janvier 1893.)

COURRIER

Voici la liste de présentation des candidats à la place vacante, à l'Académie de médecine, dans la section de pathologie interne :

En première ligne, M. Kelsch; en deuxième ligne, M. Strauss; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Fernet, Joffroy, Landouzy et Rendu.

— On parle, comme candidats à la place de professeur laissée vacante par la mort de M. Ball, de MM. Ballet, Joffroy et Raymond, agrégés de la Faculté. M. Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, poserait aussi sa candidature.

— D'après un vote émis par la Chambre des députés le 20 février, la patente médicale serait augmentée dans les proportions suivantes : Jusqu'à présent, elle était fixée au quinzième de la valeur locative, elle serait, dorénavant, portée au douzième de cette valeur pour les médecins qui, à Paris, ont un loyer de plus de 3,000 francs et pour ceux qui, dans les villes de plus de 100,000 âmes, occupent des appartements de plus de 2,000 francs.

— Au cours d'une expérience, au Collège de France, M. Eugène Tassilly, préparateur de M. Berthelot, a été blessé au visage par l'explosion d'un ballon rempli d'acide sulfurique.

— Le banquet offert à M. le docteur Dujardin-Beaumetz, par ses élèves et ses amis, à l'occasion de sa promotion dans la Légion d'honneur, aura lieu, le lundi 13 mars, à l'Hôtel Continental.

Les cotisations et adhésions sont reçues chez M. O. Doin, 8, place de l'Odéon.

— L'Assemblée générale de la Société protectrice de l'Enfance aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 5 mars 1893, *à deux heures précises*, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Xavier Gouraud, médecin de l'hôpital Cochin.

Ordre du jour : 1° Discours de M. le docteur Xavier Gouraud; — 2° Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache ; — 3° Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Sanné; — 4° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. Carlier.

— Le vœu avait été émis pour le concours de médecine du Bureau central de reporter la consultation écrite comme troisième épreuve d'admissibilité. On ne l'a pas fait, mais pour effectuer un changement, on a abaissé de 30 à 20 le nombre maximum des points à attribuer à la première épreuve (la composition écrite).

Nous nous sommes toujours demandé, sans le comprendre, du reste, pourquoi certaines épreuves avaient un maximum de 20 points quand d'autres avaient un maximum de 30 points. Cela ne change rien, il nous semble, à la somme des points acquis par chaque candidat.

École de médecine du Val-de-Grace. — Un concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire s'ouvrira le 18 décembre 1893.

Cours du semestre d'été de la Faculté de Paris. — *Cours d'hygiène.* — M. le professeur Proust commencera ce cours le samedi 4 mars 1893, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Lannelongue commencera ce cours le vendredi 3 mars 1893, à trois heures (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Debove commencera ce cours le samedi 4 mars 1893, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours complémentaires d'accouchements. — M. Maygrier, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le samedi 4 mars 1893, à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 8 mars, à cinq heures, à la Faculté de médecine, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans le même amphithéâtre, — et tous les dimanches, à dix heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques.

Il traitera des principales maladies cutanées.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le samedi 4 mars 1893, à trois heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Concours du Bureau central (*Médecine*). — Voici le titre de la question donnée hier comme composition écrite : « Des méningites cérébrales aiguës non tuberculeuses; diagnostic clinique, anatomique et bactériologique. »

— On annonce d'Astaffort (Lot-et-Garonne) la mort du docteur Gauran, décédé à l'âge de 92 ans.

Le docteur Gauran avait été impliqué dans le procès des sergents de la Rochelle et échappa, faute de preuves matérielles, à la peine de mort. Il fut emprisonné le 2 décembre, dans le fort de Blaye.

— M. le médecin en chef de la marine Rouvier est désigné pour représenter le département de la marine au 11e Congrès médical international, qui doit se tenir à Rome du 24 septembre au 1er octobre 1893.

Cours de pathologie et de thérapeutique générales. — M. le professeur Ch. Bouchard commencera son cours le mardi 7 mars, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HYGIÈNE

ÉPURATION DES EAUX DESTINÉES AUX USAGES DOMESTIQUES

La question des eaux potables est à l'ordre du jour et y restera, pour nous du moins, tant que la population de Paris se verra menacée d'être mise au régime de l'eau de Seine pendant les chaleurs de l'été et en tout temps lorsqu'il survient un accident dans les conduites de la Vanne ou de la Dhuys, ainsi que cela ast arrivé tout récemment encore à la suite de la rupture du siphon de Chezy-sur-Marne, qui a suspendu la distribution d'eau de source pendant une semaine (du 15 au 23 février) dans quatre arrondissements de Paris (1). Ces accidents sont inévitables avec le système actuellement employé dans les *dérivations*. Les conduites sous pression sont toujours exposées à se rompre sous l'effort des eaux; aussi, dans les amenées d'eau modernes, comme celle de Naples, par exemple, on dédouble les conduites en les composant de deux files de tuyaux parallèles.

Cette disposition sera sans nul doute adoptée dans les 7,600 mètres de siphon que comporte la dérivation de 100 kilomètres de longueur qui doit amener prochainement les eaux de l'Avre à Paris. Les travaux touchent à leur fin et ont été conduits avec une diligence peu commune. Ils ont commencé en 1891, et M. Humblot nous promet qu'ils seront terminés le 1er avril de cette année. Nous aurons donc, cet été, 110,000 mètres cubes d'eau de source de plus par jour, ce qui, joint aux 140,000 mètres que débitent la Dhuys et la Vanne, nous donnera 250,000 mètres cubes par jours c'est-à-dire 100 litres d'eau par personne, pour les usages domestiques, san, compter les 450,000 mètres cubes que fournissent au service public, la Seine, la Marne, le canal de l'Ourcq, Arcueil et les puits artésiens. Le tout réuni donnera 700,000 mètres cubes par jour, soit près de 300 litres par tête.

Il faut donc espérer que nous n'aurons plus à redouter dans l'avenir la pénurie qui se produit tous les ans à l'époque des grandes chaleurs et qu'on ne nous fera plus boire les eaux souillées de la Seine; mais toutes les villes ne peuvent pas, comme Paris, dépenser 35 millions pour augmenter leur distribution d'eau de source; il en est un grand nombre qui ne pourraient pas, même au prix de sacrifices considérables, se procurer cette eau de première qualité, parce qu'elles n'en ont pas dans leur voisinage.

(1) *Union médicale*, 1893, n° 23, p. 273.

Tel est le cas de Venise, par exemple, qui, lorsqu'elle a remplacé ses anciennes citernes par une amenée d'eau prise sur le continent, n'a trouvé à sa disposition que les eaux troubles de la Brenta, qu'elle est obligée de faire passer à travers les grands bassins filtrants de Moranzani avant de leur faire traverser les lagunes. Tel est encore le cas des villes situées sur le bord d'un fleuve et qui sont obligées d'en épurer les eaux avant de les boire. Il ne faut pas croire que ces localités soient l'exception; en France même, il n'y a pas la moitié des villes qui boivent de l'eau de source.

M. Bechmann, ingénieur en chef des ponts et chaussées et directeur de l'assainissement de Paris, a fait tout récemment une enquête statistique sur le mode d'alimentation en eaux potables de 691 villes de France, et il est arrivé aux résultats suivants (1) :

Eau de source	219	villes avec	2.792.850	habitants.
Eau de rivière seule	113	—	1.711.014	—
Eau de nappe	215	—	1.739.243	—
Alimentation mixte	144	—	5.970.020	—
	691		12.213.127	—

Il est nécessaire de noter que la ville de Paris, avec ses 2,500,000 habitants, figure dans cette dernière catégorie, ce qui en élève sensiblement le chiffre. Dans 95 de ces villes, on procède à une épuration préalable avant de les boire. Ce n'est pas, comme on le voit, une quantité négligeable. La purification des eaux potables n'est qu'un expédient regrettable, mais, en pratique, on est encore trop souvent obligé d'y recourir pour qu'elle ne mérite pas toute la sollicitude de l'hygiène.

L'épuration en grand des eaux d'alimentation, la seule dont nous nous occuperons dans cet article, ne s'obtient, dans la pratique, que par deux procédés : la décantation ou la filtration. L'emploi des agents chimiques est depuis longtemps abandonné comme trop dispendieux. Il peut rendre des services dans des cas particuliers, dans l'épuration à domicile; mais, comme moyen de purification des eaux avant leur distribution, il est impraticable. Il en est de même de la stérilisation par la chaleur, bien qu'elle ait été proposée récemment. Elle exige 1 kilogramme de charbon pour 100 litres d'eau. Pour une ville comme Paris, ce serait une consommation de 2,500 tonnes de charbon par vingt-quatre heures et, à 30 francs la tonne, une dépense de 75,000 francs par jour, ou 27,375,000 francs par an. C'est à n'y pas songer.

Il reste à exposer les deux procédés indiqués plus haut, c'est-à-dire la décantation et la filtration. La première est en usage, d'après la statistique de M. Bechmann, dans 18 villes sur 95; c'est le procédé employé pour purifier l'eau de la Durance avant son arrivée à Marseille. Elle traverse, sur son parcours deux premiers bassins et vient achever de se clarifier dans ceux de Saint-Louis qui sont au nombre de quatre. Ils ont 180 mètres de longueur sur 82 de largeur et 5 mètres 70 de profondeur. Ils sont nettoyés

(1) G. Bechmann : Enquête statistique sur l'hygiène urbaine dans les villes françaises. Rapport presenté à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, le 23 novembre 1892. (*Revue d'hygiène*, t. XIV, p. 1062.)

trois fois par an, et le dépôt, qui a de 30 à 40 centimètres d'épaisseur, est entraîné par une chasse puissante (1).

La décantation est également en usage à Londres pour clarifier les eaux de la Tamise avant de les filtrer. On a creusé, sur les bords du fleuve, d'immenses bassins qui suffisent pour emmagasiner l'eau nécessaire à l'alimentation de la ville, afin de ne pas faire d'emprunt à la rivière pendant ses crues qui durent de quinze à vingt jours par an. L'épuration par le repos est très lente à s'opérer. Il faut de sept à dix jours pour qu'elle soit complète, ce qui oblige à donner aux réservoirs des proportions qui les rendent très dispendieux. De plus, ces grandes masses d'eau s'altèrent par l'immobilité prolongée jointe à l'action de l'air et de la chaleur, par le développement des végétaux et la putréfaction des insectes qui y tombent de l'atmosphère; aussi n'y a-t-on recours habituellement qu'à titre d'opération préliminaire, pour débarrasser les eaux des matières lourdes, grossières, avant de les soumettre à la filtration. C'est ce qui se fait à Londres.

La filtration est plus prompte et plus efficace. Elle est aussi plus répandue, puisqu'on la trouve en usage dans 65 des 95 villes citées par M. Bechmann. Elle peut s'opérer de différentes façons : à l'aide de bassins, de galeries, de puits filtrants ou par des procédés mixtes.

Les bassins filtrants sont semblables à ceux qui servent à la décantation, mais le fond est couvert de couches superposées de sable fin, de gravier fin, de gros gravier, de cailloux et de moellons. Tous ces éléments ne sont pas réunis dans les mêmes réservoirs. Ceux de Londres, qui servent de modèle depuis 1839 (2), ont trois ou quatre couches filtrantes seulement, et cela suffit pour épurer de 1 m. c. 500 à 3 m. c. par jour et par mètre carré de surface (3). Ce procédé s'est répandu depuis un demi-siècle, en Europe et en Amérique. On l'a appliqué récemment dans la dérivation de Venise, pour épurer les eaux de la Brenta. On amène celles-ci par l'ancien canal de la Seriola-Veneta jusqu'à Moranzani où sont creusés quatre grands bassins contigus, ayant ensemble 1,224 mètres carrés de surface, communiquant entre eux et dont le fond est recouvert de deux couches filtrantes. La première, de sable très pur provenant des dunes du Lido, a 80 centimètres d'épaisseur; la seconde est constituée par des graviers de rivière. Les eaux, après avoir traversé ces deux couches, se rendent par des barbacanes dans un collecteur où elles sont reprises par des pompes et versées dans la conduite sublagunaire (4).

Les bassins filtrants ont l'inconvénient de s'encrasser rapidement; le dépôt qui se forme à la surface empêche bientôt l'eau de passer. Au bout d'une huitaine de jours, la couche superficielle du sable est recouverte

(1) G. Bechmann : *Distribution d'eau. Assainissement*, Paris 1888, p. 177.

(2) Londres ne boit que de l'eau de rivière. Les machines élévatoires qui la puisent dans la Tamise remontent à 1582. Les grandes Compagnies datent : Chelsea de 1724, Lambeth de 1785, Grand-Junction de 1798. C'est depuis une dizaine d'années seulement que la Compagnie Kent fournit de l'eau prise à Deptford dans des puits très profonds. (Arnould, *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, t. III, p. 25.) Huit Compagnies distribuent aujourd'hui, à Londres, 681,000 mètres cubes par jour.

(3) G. Bechmann : *Distribution d'eau. Assainissement* (loc. cit.), p. 179.

(4) *Notice sur la distribution d'eau de Venise*, publiée par la Compagnie générale de eaux pour l'étranger; Paris 1889, in-4° avec planches.

d'une trame mince glutineuse formée par le dépôt de conferves, de fragments végétaux qui forment comme une toile à mailles fines dans laquelle les microbes sont retenus, mais qui empêche également l'eau de passer. Si, pour accroître la pression, on augmente l'épaisseur de la couche d'eau, elle se creuse dans le sable des fissures, des *renards* par lesquels elle s'écoule sans se filtrer. Il faut alors enlever le sable, le laver et le remplacer, ce qui exige des bassins de rechange. On peut aussi faire traverser la couche de sable par un courant en sens inverse qui opère une sorte de chasse à rebours dans les interstices obstrués par les dépôts.

M. Charles Garnier a exposé, il y a trois ans, devant la Société française d'hygiène, un système de bassin filtrant, dans lequel les eaux à épurer descendent et montent alternativement, en passant par une série de compartiments ouverts en sens inverse, de façon que la pression atmosphérique se fait équilibre à elle-même. Le cours de l'eau est lent, régulier et l'encrassement ne se produit que dans le premier compartiment, dont on peut changer le sable sans toucher aux autres (1).

Les galeries filtrantes sont un moyen d'épuration moins répandu.

Il a été imaginé, en 1817, par M. d'Aubuisson des Voisins pour la ville de Toulouse et appliqué à la Garonne. Les villes de Nancy et de Lyon l'ont adopté depuis. Ce système consiste à creuser, à quelque distance du fleuve et dans le sable de ses rives, des galeries parallèles à son cours et inférieures à son lit, de façon à ce que ses eaux se filtrent en traversant cette couche intermédiaire, avant d'arriver dans la galerie. A Lyon, celles-ci sont creusées en amont de la ville; l'eau du Rhône traverse une couche de gravier d'environ 15 mètres d'épaisseur avant d'y arriver. Elle y est ensuite puisée par des machines élévatoires et versée dans les conduites de distribution.

Les galeries filtrantes sont plus défectueuses que les bassins, parce qu'on ne peut pas les nettoyer. La couche de sable et de galets est bientôt minée par les eaux; il s'y forme des *renards*, par lesquels tout passe, ainsi que cela est arrivé à Lyon. Dans d'autres cas, la vase et les matières organiques obstruent les pores et il faut abandonner les galeries pour en creuser d'autres. L'eau du Rhône qu'on consomme à Lyon, malgré sa limpidité et sa fraîcheur, laisse déposer, sur les filtres Chamberland, un limon glaireux, onctueux au toucher, dans lequel MM. Lortet et Despeignes ont trouvé de nombreuses bactéries qu'il leur a été impossible d'isoler les unes des autres par des cultures méthodiques. Le dépôt inoculé à des cobayes a causé leur mort (2). A Nancy, les galeries filtrantes creusées près du lit de la Moselle sont remplies de vase ainsi que les réservoirs de la ville dans lesquels de puissantes turbines les font monter (3).

Les galeries et les bassins filtrants laissent également passer les champignons et les bactéries. C. Frakel et Fiefke ont trouvé celle de la fièvre

(1) Bulletin de la Société française d'hygiène. (*Journal d'hygiène*, 15 mai 1890, t. XV, p. 237.)

(2) Recherches sur les microbes pathogènes des eaux potables distribuées à la Ville de Lyon, par MM. Lordet, doyen de la Faculté de médecine, et Despeignes, chef des travaux. (*Revue d'hygiène*, mai 1890, t. XII, p. 398.)

(3) P. Maignen. La purification des eaux potables pour l'alimentation des populations urbaines. (*Journal d'hygiène*, 14 janvier 1892.)

tiphoïde dans les eaux de Berlin. Des *mucedinées* franchissent aussi la barrière de sable, et il est probable qu'il en est de même des animaux inférieurs ou *amibes*, qui sont aussi petits et qui entrent dans l'étiologie de la dysenterie (1).

Les puits filtrants sont de moins anciennes date. L'essai le plus important est celui qui a été fait, il y a deux ans, à Nantes, par M. l'ingénieur Lefort, pour filtrer les eaux de la Loire, avant de les amener dans la distribution. Il a eu l'idée d'utiliser, pour cette filtration, un banc de sable situé à 2 kilomètres en amont de la ville, et à 200 mètres des bords du fleuve. Sur cette base, il disposa une ceinture artificielle de rochers, d'environ 15 mètres de diamètre. Au centre de cette ceinture protectrice, il construisit une tour-puits bien étanche depuis sa base jusqu'à un niveau supérieur à la couche inférieure de l'eau du fleuve, et inférieur d'un mètre environ à la plus basse eau. De ce point jusqu'au sommet, la tour était munie d'ouvertures mobiles dites barbacanes. L'intervalle comprise entre la tour et la ceinture rocheuse fut remplie d'une couche bien uniforme de sable demi-fin, disposée en tronc de cône, ayant 15 mètres de diamètre à la base et 10 au sommet. Le fond du puits fut mis en communication, à l'aide d'une conduite de canalisation, avec une pompe aspirante et foulante.

Les résultats de cet essai ont été très satisfaisants. L'eau ayant passé à travers ce grand filtre s'est montrée chimiquement semblable à celle du fleuve qui l'avait fournie, complètement clarifiée, débarrassée d'une partie de sa matière organique, et ne renfermant plus que 73 bactéries par centimètre cube au lieu de 9,530 qu'elle contenait auparavant (2). La question que le temps n'a pas pu résoudre, puisque les essais n'ont duré que 65 jours consécutifs, est de savoir si l'encrassement de ce grand filtre artificiel ne se produira pas à la longue, ou si l'eau du fleuve poussée par le courant ne finira pas par y creuser des fissures, comme dans les galeries horizontales.

Quoiqu'il en soit, la filtration en grand des eaux destinées à l'alimentation des villes n'est pas un problème résolu. Le Comité consultatif d'hygiène s'est toujours prononcé contre elle La ville de Lyon songe à renoncer à ses galeries filtrantes pour aller chercher de l'eau de source dans les bassins qui l'entourent, et Vienne a déjà abandonné les siennes, pour aller chercher, au pied des Alpes Noriques, les sources de Kaiserbrunnen et de Stixenstein qui sont excellentes, mais d'un débit insuffisant.

Le système de la filtration a trouvé récemment un défenseur dans la personne du docteur Vaillard. Il a proposé à la Société médicale des hôpitaux d'y recourir pour épurer l'eau de la Seine (3). M. E. Trélat, qui a combattu le projet, a montré qu'il faudrait 200 hectares de bassins pour filtrer l'eau nécessaire à la consommation de Paris. « Il serait, a-t-il dit, impossible de « les creuser sur les bords de la Seine et ruineux de les établir ailleurs. Il « suffit, du reste, de se rappeler ce que sont les immenses installations de

(1) Cornil, mode de filtration de l'eau des fleuves. (*Journal des Connaissances médicales*, 1890, n° 24, p. 188.)

(2) Expériences de la ville de Nantes sur le système filtrant Lefort, mémoire lu le 12 novembre 1891 à la Société française d'hygiène. (*Journal d'hygiène*, t. XVI, p. 9.)

(3) Séance du 26 mars 1890.

« Londres, pour renoncer à tout jamais au filtrage par bassins pour « Paris (1). »

Il me reste à dire un mot des procédés mixtes que j'ai compris, au début de cet article, dans mon énumération. Je ne parlerai pas du *procédé Spencer* à l'oxyde magnétique de fer du filtre Maignen à l'amiante, du système *Fischer-Peter* (de Worms), qui remplace le sable par des dalles recuites au four; mais je m'arrêterai un moment sur le système *Anderson*, parce qu'il a été adopté à Anvers, pour le traitement des eaux de la Nèthe, qu'il vient d'être mis en essai à Boulogne et qu'il sera bientôt appliqué à Paris dans des conditions spéciales. Ce système consiste à faire passer l'eau par des cylindres tournants remplis d'une multitude de petits morceaux de fer. L'eau se charge d'une assez forte proportion de ce métal à l'état de protosel; on la fait entrer ensuite dans des réservoirs où on l'agite, où le fer se suroxyde et se dépose. De là, elle passe dans des bassins filtrants où elle achève de s'épurer, puis dans les conduites de distribution, où elle arrive, paraît-il, dans des conditions de pureté satisfaisantes.

Ce système, ai-je dit, va prochainement être appliqué à l'eau de Seine. Voici dans quelles conditions : La petite épidémie de choléra qui a surtout sévi dans la banlieue nord-ouest de Paris, a redoublé l'énergie des protestations qui s'élèvent de toutes parts contre la détestable qualité de l'eau qu'on distribue à cette partie de la banlieue et qui est puisée dans la Seine, au-dessous du point où le grand collecteur déverse l'eau des égouts de la ville. La Compagnie des eaux s'est émue de ces accusations et a pris le parti d'établir des prises d'eau dans le fleuve en amont de Paris, et de l'amener dans les quartiers déshérités dont je viens de parler tout à l'heure. Les prises seront établies sur trois points : à Choisy-le-Roi, à Neuilly-sur-Marne et à Nogent-sur-Marne; elles seront amenées à destination par deux conduites de 50 centimètres de diamètre et traitées par le procédé Anderson avant d'être distribuées. La dépense prévue est de 12 millions.

J. ROCHARD.

L'origine animale de la teigne faveuse

Par le docteur GILLOT (d'Autun) ancien interne des hôpitaux de Paris.

La contagion des maladies parasitaires des animaux à l'homme est un fait de croyance populaire qui me paraît parfaitement justifié dans beaucoup de cas. Si les preuves scientifiques certaines en sont rares et douteuses, la cause en est dans le peu de progrès accompli par la pathologie comparée, et dans l'insuffisance des renseignements fournis par les cliniques dermatologiques. C'est en province, et à la campagne surtout, qu'il est donné le plus souvent de les rencontrer, et, la plupart du temps, les praticiens qui les observent négligent de les relater.

La teigne faveuse est une de ces affections contagieuses au premier chef et dont la nature parasitaire a été mise hors de doute depuis Schœnlein, Link, Remak, tc. Mais si personne ne conteste aujourd'hui la spécificité étiologique de l'*Achorion Schœnleinii*, Remak (*Oospora porriginis*, Sacc.), on discute encore sur son origine; et, en 1853,

---

(1) Emile Trélat. L'eau pure à Paris. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1890, t. XII, p. 316.)

Chi Robin, dans son livre sur l'*Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et les animaux vivants*, invoque la misère, la malpropreté, etc. (*loc. cit.*, p. 467), en un mot tout ce qui peut aider la contagion dans l'espèce humaine ; mais, en fait, aucune allusion au favus animal. C'est dans l'ouvrage de Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, rédigées et publiées par Alfred Pouquet, 2e édition, 1862, qu'on en trouve la première mention dans une note due à Pouquet, est devenue classique : « Tous les auteurs, dit-il, qui ont écrit sur la teigne faveuse semblent n'avoir jamais observé cette maladie que dans l'espèce humaine; mais personne n'a, que je sache, parlé de la transmission du favus des animaux à l'homme. M. Bazin lui-même n'en a pas observé d'exemple. » (*Loc. cit.*, p. 126.) Puis il cite une observation communiquée par le docteur Drapez (de New-York), constatant que, dans son pays tout au moins, le favus n'était pas rare chez les animaux, qu'il avait eu lui-même l'occasion d'en voir plus d'une fois sur des rats, et qu'il avait même observé la contagion sur plusieurs souris, puis sur un chat à qui elles avaient été données, enfin sur deux jeunes enfants qui jouaient avec le chat; et la maladie, caractérisée par une irruption croûteuse analogue chez ces différents sujets, fut, au microscope, démontrée de nature favique.

Des faits analogues ont été rapportés, en Angleterre, qui établissent d'une façon indubitable l'existence du favus chez la souris, le rat, le lapin, le chat, le chien et sa transmission à l'homme (Anderson, *On the parasitic affections of the Skin*, 2e éd., 1868). Peu après, en France, le docteur C. Girgard a consacré sa thèse inaugurale à cette question (*Deux points de l'histoire du favus*, th. de Paris, 1872), et a surtout démontré la possibilité de l'inoculation de l'homme aux animaux, surtout aux souris, et réciproquement des animaux à l'homme; et Lailler, qui a été témoin du succès de semblables inoculations (*Union médicale*, numéro du 14 juillet 1874, p. 78), semble disposé à admettre que le favus de l'homme reconnaît pour cause habituelle la transmission de la maladie par une espèce animale, principalement les rongeurs, chez lesquels le favus serait spontané (Lailler, *Leçons sur les teignes*, in *Gaz. des hôp.*, 1875). Bazin s'est élevé contre cette prétendue génération spontanée du favus, et trouve cette origine animale encore bien hypothétique (Art. Favus, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, 1877, I, p. 297). Des faits positifs se multiplient cependant pour l'établir, et comme il s'agit ici d'une véritable question d'hygiène publique, il m'a paru utile de faire connaître ceux que j'ai pu observer récemment.

Au mois de mai 1889, on m'amenait une jeune fille de 11 ans, présentant à la partie externe de la cuisse droite deux croûtes jaunâtres scutelliformes de 5 à 6 millimètres de diamètre, qui me parurent, à première vue, des godets faviques. L'examen microscopique confirma cette opinion en montrant le mycélium et les spores caractéristiques de l'achorion. Quelques cataplasmes de fécule et une pommade mercurielle l'eurent rapidement guéri. J'appris que cette enfant, qui appartenait à une famille aisée et soigneuse et qui habitait la campagne, jouait souvent, surtout au moment de son lever, et, par conséquent, pendant qu'elle avait les jambes nues, avec un chat, qui portait à la tête, et principalement à la base des oreilles, des croûtes jaunes irrégulières, et occasionnant la chute des poils. Ces croûtes furent également reconnues comme de nature favique, et le chat fut sacrifié.

Récemment (février 1893), M. R... (d'Autun) me remit à examiner une souris prise au piège, dans un état de maigreur prononcée, et qui portait au cou, au flanc droit et à la naissance de la queue, quatre ou cinq plaques croûteuses, jaunâtres, épaisses, confluentes, d'aspect plâtreux, que l'examen microscopique révéla également comme entièrement constituées par du favus. C'était la deuxième souris prise dans la même

maison, et qui présentait cette affection. J'ai procédé à une enquête qui m'a permis de constater l'indemnité de tous les habitants de la maison, où il n'existait, du reste, ni jeunes enfants ni chats.

Ces deux observations, recueillies dans une région où la teigne faveuse est rare, se complètent l'une par l'autre, et, en les rapprochant de celles qui ont déjà été publiées, il me paraît établi qu'on doit chercher l'origine de la teigne faveuse chez le rat et surtout chez la souris domestique, dont les colonies nombreuses se contaminent aisément et sèment dans les lieux habités les spores de la cryptogame. Le chat et le chien ratier sont également très exposés et très aptes à contracter la maladie, et c'est probablement par eux que se produit habituellement la contagion chez l'homme, et notamment chez l'enfant, soit qu'il joue plus souvent avec ces animaux, soit que son système pileux offre aux parasites un terrain prédisposé.

Tout le monde connaît l'odeur de souris qu'exhale le favus, odeur très sensible chez les enfants négligés dont la tête est envahie par de larges croûtes teigneuses ; n'est-ce point là encore une preuve de l'origine *musine* de l'affection, le cryptogame conservant l'odeur acquise de l'espèce animale préférée.

Il y a donc intérêt à rappeler l'attention des médecins et du public sur cette question dont l'importance est considérable au point de vue de la prophylaxie de la teigne faveuse. En présence d'un cas de cette affection, le médecin devra instruire les intéressés, inspecter avec soin les animaux domestiques, surtout les chats, et faire abattre les bêtes malades. Il y aurait également lieu de faire faire la chasse aux souris, et de recommander dans la maison, surtout dans les offices et les appartements visités par ces rongeurs, des nettoyages répétés et des lavages parasiticides. Ces mesures de précaution sont surtout applicables aux locaux fréquentés par les enfants, tels qu'écoles, salles d'asile, etc., et tout animal infecté, ainsi que les objets souillés par lui, niches à chien, corbeilles, vieux linges, etc., devraient être détruits par le feu.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène

Le choléra dans l'arrondissement de Dunkerque en 1892.

M. Reumaux : Il y a eu, à Dunkerque, 57 cas de choléra ayant entraîné 35 décès, et cela par quatre importations distinctes :

1° Importation par mer de Hambourg et du Havre ;

2° Importation par terre d'Anvers ;

3° Importation par mer de Calais par les bateaux pêcheurs ;

4° Importation par les canaux de l'intérieur.

Dans la ville, le rôle de l'eau a été nul ; la propagation n'a pu se faire que par les contacts. A l'extérieur de la ville, au contraire, la propagation s'est faite presque exclusivement par l'eau. Le fléau a marché le long des canaux.

Les conclusions pratiques de M. Reumaux sont les suivantes :

1° Très grande surveillance dans les ports. La surveillance des frontières de terre coûte cher et elle est inefficace ;

2° Surveiller les canaux et le batelage ;

3° Désinfection immédiate des fumiers, etc. ;

4° Dépôt, dans chaque chef-lieu d'arrondissement, d'une étuve à désinfection mobile et de pulvérisateurs que l'on mettrait à la disposition des communes.

ÉLECTION.

M. Kelsch est élu membre titulaire par 60 voix, sur 74 votants. M. Straus a eu 12 voix M. Fernet, 1; M. Rendu, 1; enfin, il y avait deux bulletins blancs.

Le choléra de la banlieue parisienne, de Paris et du département de Seine-et-Oise en 1892, avec indications des mesures à employer pour empêcher, au printemps prochain, le retour de l'épidémie cholérique.

M. PROUST : Le premier cas de choléra fut observé dans la maison de Nanterre le 4 avril 1892. Le 6 avril, un vieillard qui n'avait eu aucun rapport avec le malade précédent fut atteint à son tour et succomba; en peu de jours, 24 vieillards moururent, sur 25 atteints. Il y eut, au total, à Nanterre, 73 cas, dont 59 mortels.

La théorie de la reviviscence des germes ne peut se poser pour la maison de Nanterre, qui n'existait pas en 1884, date de la dernière épidémie, et il n'y eut pas non plus d'importation directe. Il est probable que le choléra n'est pas né sur place dans le Dépôt, car les deux malades pris les premiers rentraient d'une sortie effectuée dans les environs et, de plus, à une époque presque contemporaine et sur des points éloignés les uns des autres et de la Maison départementale de Nanterre, des cas de choléra bien caractérisé éclataient. Neuilly, Saint-Denis, l'île Saint-Denis, Puteaux, Asnières étaient frappés. Toutes ces communes font partie de la banlieue Nord-Ouest et étaient alimentées par de l'eau de Seine prise en aval. C'est dans cette eau que les germes cholériques existaient, car son usage a été le seul lien qui ait pu être relevé entre tous les malades de la période initiale. C'est des communes recevant cette eau que le choléra est parti pour envahir Paris et les autres communes suburbaines.

En juin, Aubervilliers, Pantin, La Courneuve, Issy, etc., ont été envahis. Paris resta à peu près indemne jusqu'en juillet. A partir de ce mois, jusqu'à la fin de l'autre, on a compté dans la ville 894 décès cholériques, soit 1,2 pour 10,000 habitants.

La plupart des communes de la banlieue Sud et de la banlieue Est ont été atteintes en juillet, août et septembre. Le rôle de l'eau a été évident dans l'épidémie de la banlieue parisienne, car ce sont les communes recevant l'eau la plus contaminée qui ont été les premières et les plus frappées (Aubervilliers, Saint-Ouen).

En Seine-et-Oise, on a compté 5,1 décès cholériques pour 10,000 habitants et, dans la plupart des localités, le premier cas observé est celui d'un sujet venant de Paris ou d'une localité de la Seine, ou d'un autre département envahi par le choléra. Dans beaucoup de cas, du reste, la contagion directe a aussi joué un grand rôle dans la diffusion de la maladie; mais, malgré tout, l'enquête a démontré que le plus ordinairement un intermédiaire a été nécessaire entre l'homme le premier atteint et les cas ultérieurs, et que cet intermédiaire a été l'eau d'alimentation.

L'épidémie a attaqué presque exclusivement les individus vivant dans des habitations insalubres, au milieu de quartiers malsains, en buvant des eaux plus ou moins contaminées.

Pour éviter le retour du choléra au printemps prochain, il est urgent de désinfecter tous les logements insalubres, de supprimer les causes d'insalubrité dans les quartiers malsains, de donner aux populations des eaux aussi pures que possible, et dans le cas où les eaux potables seraient suspectes, de préparer dès maintenant les moyens de les épurer. La déclaration immédiate des premiers cas à l'autorité sanitaire s'impose, car on peut alors, par des moyens convenables, empêcher la production d'une épidémie.

M. ROCHARD n'a pas demandé la parole pour combattre le rapport de M. Proust, mais

pour le compléter. Il constate que les idées relatives à la prophylaxie des épidémies ont fait beaucoup de chemin depuis l'époque où M. Proust siégeait dans les congrès internationaux de Constantinople et de France. Aujourd'hui, le système de l'isolement représenté par les quarantaines et les lazarets, a perdu tout le terrain qui a été gagné par la désinfection et l'assainissement des locaux.

Je félicite également M. Proust de ne pas avoir fait une part exclusive à l'eau potable dans l'étiologie du choléra, mais d'avoir pourtant montré combien elle est prépondérante. La qualité détestable des eaux qu'on distribue à la région Nord-Ouest de la banlieue a été souvent l'objet de réclamations incessantes de la part du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. La Compagnie des eaux s'en est émue. Elle a pris le parti d'établir trois prises d'eau, en amont de Paris, c'est-à-dire à Choisy-le-Roi, à Neuilly-sur-Marne et à Nogent-sur-Marne. Les eaux seront reçues dans deux conduites de 50 centimètres, amenées à leur destination et traitées par le procédé Anderson avant d'être distribuées. Elles ne vaudront assurément pas celles de la Vanne, de la Dhuys ou de l'Avre, mais elles seront bien préférables à celles qu'on fait boire aujourd'hui à ces populations.

Un cas de cholécystectomie idéale.

M. Schwart : Dans la plupart des cas où l'on pratique le cholécystectomie, le réservoir de la bile communique largement avec les voies biliaires et c'est avec raison que le chirurgien, après avoir pratiqué l'extirpation de l'organe, se met en garde contre l'irruption de la bile par le pédicule et l'infection secondaire possible de la grande cavité péritonéale. Mais il existe des cas, relativement rares, où le chirurgien a le droit de se départir du drainage et peut fermer, après une bonne ligature perdue du pédicule, la cavité abdominale.

C'est lorsque l'oblitération du canal cystique paraît complète ou du moins suffisante pour laisser à la ligature le temps de produire un effet utile et permanent, lorsqu'il est permis de considérer la vésicule comme une cavité close indépendante de l'appareil biliaire.

Ces conditions s'étant trouvées réalisées dans l'observation suivante, la cholécystectomie a été pratiquée ; le pédicule abandonné sans drainage après fermeture totale de l'abdomen.

Il s'agissait d'une femme de 51 ans, atteinte autrefois de coliques hépatiques qui depuis 7 mois présentait une tumeur dure de l'hypochondre droit, avec troubles dyspeptiques intenses, amaigrissement progressif, constipation durant de huit à dix jours et ne pouvant être vaincue que par des purgatifs énergiques. De plus, elle éprouvait constamment à droite une sensation de poids, de pesanteur, surtout marquée quand elle était dans le décubitus dorsal.

Le diagnostic fut : Cholélithiase totale, et la malade accepta l'extirpation de la vésicule qui lui fut proposée.

La laparotomie fit tomber sur une vésicule remplie de calculs débordant le foie de 10 centimètres, adhérente à l'épiploon avec lequel elle constituait comme un demi-anneau sous lequel passait le colon transverse. La libération fut facile.

Le pédicule de la tumeur fut un peu disséquée sous la face inférieure du foie; c'était le canal cystique démesurément allongé. Double ligature en chaîne à la soie plate n° 4. Cautérisation au thermocautère. Fermeture de la paroi abdominale par un double plan de sutures.

Depuis le 21 janvier, date de l'intervention, l'opérée n'a plus ressenti aucun malaise. L'appétit est revenu, les selles sont normales; toute sensation douloureuse a disparu,

les forces reviennent rapidement. Elle a été revue, le 26 février, en parfait état de santé.

La vésicule contenait deux gros calculs juxtaposés et comblant complètement le réservoir du fiel.

Fracture et suture de la rotule.

M. Lucas-Championnière présente deux malades chez lesquels il a suturé la rotule à l'aide de gros fils d'argent. Dans un des cas, le tendon rotulien était rompu, et M. Lucas-Championnière l'a remplacé par un fil passant, d'une part, à travers un fragment de la rotule; de l'autre, à travers la tubérosité antérieure du tibia. Les opérés gardent, sans inconvénient, les fils dans les tissus.

— M. Polaillon lit un rapport sur un travail de M. Godefroy, relatif à une méthode de traitement destinée à prévenir l'entraînement du talon en arrière, à la suite de l'amputation de Chopart. On parvient à ce résultat en faisant l'arthrodèse tibio-tarsienne en même temps que l'amputation.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 février 1893.— Présidence de M. Hallopeau.

L'antisepsie intestinale.

L'antisepsie intestinale est, dit M. Constantin Paul, recherchée depuis longtemps. On a beaucoup employé les sulfites, et, dès 1867, M. C. Paul les utilisait dans les diarrhées cholériformes et les dysentéries. C'est surtout dans la fièvre typhoïde que l'on peut les prescrire.

Les lavements de solutions froides et étendues de sulfites ont l'avantage d'abaisser la température, d'empêcher les selles involontaires en entraînant les matières et de désinfecter ces dernières.

Le sous-nitrate de bismuth donne aussi de bons résultats.

Il en est de même du lavage de l'estomac qui est souvent suivi de la cessation d'une constipation préexistante.

La narcéine.

M. Bocquillon propose d'employer la solution suivante :

Narcéine	0 gr. 20 centig.
Salicylate de soude	2 gr. 50 centig.
Eau distillée	10 grammes.

Il est indispensable, pour administrer la narcéine, de recourir à des associations de ce genre, car ce corps n'est pas soluble.

M. Bordet ne considère pas la narcéine comme un alcaloïde défini permettant d'obtenir des sels. On ne peut avoir que des mélanges, et, en réalité, la narcéine, est inerte; il faut la rejeter de la thérapeutique.

Le lait d'ânesse.

M. Créquy vante beaucoup le lait d'ânesse dans l'alimentation infantile. Dans des cas de diarrhée résistant aux médications habituelles, il a vu des accidents disparaître à la suite de l'administration de ce lait. Malheureusement, on s'en procure de plus en plus difficilement.

M. Weber insiste sur l'altération très prompte du lait d'ânesse, dont une bête ne peut fournir qu'une petite quantité. Le prix en est forcément très élevé à Paris.

Pour M. Bovet, le lait d'ânesse est très nutritif, car une de ces malades se soutenait en en prenant 50 à 60 grammes par jour. Cette assimilation parfaite tient sans doute à la nature de l'albumine de ce lait. C'est aussi l'avis de M. Bocquillon, qui rappelle que la caséine du lait d'ânesse se dépose à un grand état de division et ne se prend pas en masse.

Le chloroforme dans les névralgies.

M. Grellety préconise les applications externes de choloroforme dans les névralgies diverses, les coliques hépatiques, etc. La sciatique, même intense, cède parfois à l'emploi de ce révulsif. On verse quelques gouttes de chloroforme sur un morceau de ouate ou sur un mouchoir, et on place le tout au point douloureux; dès que la peau est suffisamment rouge, on enlève. Si on fait des applications successives. il faut avoir soin de ne pas les renouveler à la même place. Les applications de corps chauds, les cataplasmes à température très élevée, que l'on recommande souvent, agissent de la même manière que le chloroforme, mais lui sont inférieurs.

COURRIER

Le Conseil municipal de Paris propose de donner le nom de Quatrefages à la rue du Battoir, et celui de Charles Robin à une section de la rue Claude-Vellefaux.

Signalons encore, dans le VII[e] arrondissement, la rue Valentin-Haüy; dans le XIII[e] arrondissement, les rues Guyton-de-Morveau, Paul-Gervais, Vulpian et Würtz.

— La Société contre l'abus du tabac vient d'ouvrir un concours. Voici les questions posées :

Prix de médecine. — Rapporter au moins quatre observations inédites (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.) d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac.

Le prix consistera en un lot de livres, d'une valeur de 200 francs, et une médaille de vermeil.

Prix du docteur Gruby (100 francs). — Dans l'intérêt des fumeurs qui disent ne pouvoir vaincre leur passion, faire connaître un moyen pratique et peu coûteux de détruire le plus possible les principes délétères de la fumée du tabac.

Le programme du concours sera envoyé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au Président, 20 *bis*, rue Saint-Benoît, Paris.

Nécrologie : MM. les docteurs Aimé Aubert (de Mâcon); Decaye (de Paris); Dublette (de Senonges); Duchon-Doris (de Rambouillet); Pichon (de Paris); Prouff (de Saint-Brieuc).

— Corps de santé de la marine et des colonies : Par décret du 23 février, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de *médecin de 1re classe* (ancienneté), M. le médecin de 2e classe P.-J. Cordier;

Au grade de *médecin de 2e classe,* MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine, A.-M.-M. Poumayrac, G.-E. Lairac.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

DU TORTICOLIS PAR RÉTRACTION

Le traitement du torticolis permanent par la ténotomie à ciel ouvert est de plus en plus adopté par les chirurgiens, et on peut dire aujourd'hui que, sauf dans les cas très simples où le chef sternal du sterno-mastoïdien est seul rétracté, ce qui est excessivement rare, c'est à la section méthodique de la peau d'abord, puis du muscle, des tendons et de toutes les cordes fibreuses qui en partent, qu'on doit avoir recours.

Cette ténotomie à ciel ouvert a, cependant, un gros inconvénient, c'est qu'elle laisse une cicatrice qui, quoique linéaire, nuit à l'esthétique et doit être prise en considération dans le traitement chirurgical du torticolis chez la femme. On a bien essayé de prouver qu'avec la méthode antiseptique, grâce à une réunion immédiate, rapide et parfaite, la ligne cicatricielle n'existait pour ainsi dire plus au bout de quelques années. Il n'en est pas moins vrai qu'une cicatrice même parfaite, dans le voisinage d'une région ganglionnaire, est chose fâcheuse, et on comprend qu'on se soit ingénié à y porter remède.

M. le professeur Tillaux, dans une de ses dernières cliniques, a eu recours à un procédé digne d'appeler l'attention et a trouvé moyen, en changeant la position de l'incision, de conserver les avantages de la ténotomie à ciel ouvert en mitigeant son seul inconvénient. Le chirurgien de la

FEUILLETON

Les rebouteurs.

Il y avait longtemps que ces confrères marrons n'avaient fait parler d'eux, à Paris du moins; aussi avons-nous appris avec un certain plaisir que l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine venait d'en dénicher un rue de Fourcroy et l'avait dénoncé au parquet. Le fait a paru assez insolite, assez intéressant par lui-même pour qu'un journal ultra-sérieux ait fait interviewer le délinquant par un de ses reporters, et celui-ci nous a initiés à tous les détails de sa vie privée. Il paraît que M. Pomerol, ancien cocher de l'Urbaine, a gagné une fort jolie fortune à rebouter ses concitoyens. Il a marié sa fille à un vicomte authentique, c'est le grand journal qui l'affirme; enfin, et c'est là le côté le plus piquant de la situation, il était le rebouteur attitré, officiel du corps de ballet de l'Opéra. Il a eu l'honneur de traiter les entorses de M[lles] Mauri et Subra. Il ne devait pas s'ennuyer, comme on dit aujourd'hui dans le grand monde, cet

Pitié a eu, en effet, l'idée d'inciser le sterno-mastoïdien non plus dans la région sus-claviculaire, mais à la partie latéro-supérieure du cou, non loin des insertions mastoïdiennes du muscle sterno-mastoïdien. De cette façon, il transporte la cicatrice derrière l'oreille, qui la masque, et, d'une situation des plus visibles, il la place dans un endroit où elle est pour ainsi dire soustraite aux regards.

Voici comment procède le professeur Tillaux : Il fait une incision longitudinale sur le bord antérieur et supérieur du sterno-mastoïdien, libère le muscle de son aponévrose, le charge ou non sur une sonde cannelée et le sectionne à 2 ou 3 centimètres au-dessous de ses insertions, après quoi il procède à la suture des téguments et à l'application du bandage de Sayre ou de Kirmisson. On voit que, par cette méthode, M. Tillaux, non seulement dissimule la cicatrice par la direction et la situation qu'il lui donne, mais encore sectionne d'un coup les deux faisceaux alors réunis du sterno-mastoïdien.

Que donne la division des fibres musculaires à la partie supérieure de la gaine du muscle ? Ont-elles à ce niveau la liberté, l'indépendance qu'elles possèdent près de la clavicule ? La section une fois faite, la réduction est-elle facile ? Ce sont autant de questions auxquelles la pratique seule de cette opération permet de répondre, et M. Tillaux paraît s'en être bien trouvé. Du reste, il faut savoir que la section du muscle n'est qu'une partie du traitement du torticolis, et Lorenz attirait encore dernièrement l'attention de ses collègues sur ce point à la Société imperio-royale de Vienne (1).

Pour ce chirurgien, une fois le sterno-mastoïdien et sa gaine divisés, il faut profiter du sommeil chloroformique pour pratiquer le redressement de la tête. Celle-ci est maintenue dans une situation vicieuse par la rétraction du muscle qui, à la longue, détermine une scoliose cervicale secondaire ; il faut donc corriger cette scoliose et, avec une force lente et graduellement croissante, faire l'extension de toutes les parties molles de façon à

(1) Lorenz. Société império-Royale de Vienne. Séance du 17 février 1893.

---

ancien cocher de fiacre, lorsqu'il pétrissait dans ses grosses mains ces jolis petits pieds qui ont fait tourner tant de têtes, et, malgré ses 62 ans, il aurait pu chanter comme Dupuis dans *Mademoiselle Nitouche* :

Je les massais, d'une main ferme,
A leur enlever l'épiderme,
Et, croyez-moi, si vous voulez,
C'était sur moi que ça faisait
Le plus d'effet !

En dépit de ses cures, quoique des pieds de ministre et même de préfet de police lui aient passé par les mains, ce Fomerol n'est qu'un vulgaire masseur. Il n'est pas l'héritier des grands *renoueurs* des temps passés, des Valdajos et des Fleurot (des Vosges), ces artistes qui se transmettaient de père en fils des traditions et des arcanes dont on ne discutait pas la compétence, et qui avaient leur place dans la maison des rois.

Depuis François I[er] jusqu'à la Révolution de 1830, les *rebouteurs*, qu'on appelait aussi *renoueurs* ou *rhabilleurs*, ont figuré officiellement parmi les commensaux de la couronne ; ils partageaient les privilèges et les bénéfices des chirurgiens. Louis XVI avait ses *rhabilleurs* et, lorsqu'en 1824, Louis XVIII reconstitua sa maison, en suivant les us et cou-

transformer, en une seule séance, la concavité vertébrale en une convexité. M. Lorenz ne s'arrête même que lorsqu'il est arrivé à pouvoir faire toucher l'oreille du côté convexe à l'épaule correspondante.

La, ne se borne pas encore tout le traitement; après immobilisation et cicatrisation de la plaie, des exercices gymnastiques sont encore nécessaires de façon à rendre au cou sa souplesse et sa mobilité.

Cette question du torticolis occupe assez le public médical pour que nous soyons autorisé à dire quelques mots de sa *pathogénie*. En Angleterre et en Amérique, en effet, on a apporté de nouvelles observations d'hématome du sterno-mastoïdien coïncidant ou non avec la présence du torticolis du même côté. On sait que la rupture de ce muscle pendant les manœuvres de l'accouchement a été donné comme cause d'une rétraction ultérieure de la fibre musculaire et comme devant produire la difformité.

C'est Blachez en France et Stromeyer, Wolkmann, Billroth en Allemagne, qui se sont surtout occupés de cette question.

En Angleterre, à la Société royale de médecine et de chirurgie (1), M. d'Arcy Power a fait tout dernièrement une communication sur ce sujet. Il a observé à l'hôpital Victoria, durant ces cinq dernières années, plusieurs cas d'hématome congénital du sterno-mastoïdien, coïncidant avec le développement d'un torticolis du même côté.

Il a porté ces faits à la connaissance de ces collègues, et sa note est devenue le point de départ d'une discussion dans laquelle M. R.-W. Parker a dit avoir constaté plusieurs cas analogues; mais il n'a jamais songé à établir une relation entre la tumeur du sterno-mastoïdien et le torticolis. Il aurait plutôt de la tendance à croire que cette tumeur s'est formée dans l'utérus et à mettre sur le compte de la situation qu'occupe le fœtus *in utero* la production de l'attitude vicieuse. C'est, comme on le voit, la réédition d'une pathogénie déjà vieille et indifféremment appliquée à toutes les difformités.

(1) Hematoma of sterno-mastoïd. R. M. S. S. — *British medical journal*, 28 janvier 1893.

tumes, il y comprit, comme *renoueur*, un des derniers descendants de la lignée des Valdajos. Il est vrai qu'il avait donné le titre de *premier chirurgien du roi* à un ancien frère de l'hôpital de la Charité, le Père Élysée, qui n'avait aucun titre scientifique et dont les connaissances se bornaient à une certaine habileté manuelle dans la pratique de la petite chirurgie. Ce religieux, d'un physique agréable, habile, ambitieux, de mœurs faciles et peu scrupuleux sur le choix des moyens, avait alors à la cour une influence considérable, et peu s'en fallut qu'il ne parvînt à rétablir l'honorable corporation des *chirurgiens barbiers* pour en devenir le chef; mais revenons aux rebouteurs.

Lorsqu'on veut retrouver leurs traces, ce n'est pas dans les grandes villes, où leur action est clandestine, qu'il faut les rechercher, c'est à la campagne, et surtout dans les pays pauvres, où ils évoluent en pleine liberté avec l'appui des populations, l'assentiment de l'autorité et malgré l'opposition des médecins. En Bretagne, les rebouteurs sont comme chez eux; personne n'y conteste leur savoir et ne leur reproche leurs échecs. Si cela tourne mal, ce n'est jamais leur faute. Ils n'ont pas, comme l'aristocrate masseur de la rue Fourcroy, des ministres et des ballerines illustres dans leur clientèle, mais ils ont leurs entrées dans tous les châteaux, et quand un gentilhomme campagnard se foule ou

Ce n'est pas l'avis du docteur H.-R. Spencer, qui partage les opinions de M. d'Arcy-Porser. Des trois causes données au torticolis congénital, celle qui fait remonter les lésions à la vie utérine n'a jamais été démontrée d'une façon bieu certaine. Peut-être existe-t-il deux observations authentiques, celles de Meinhard Schmidt et celle d'Heussinger, encore ne sont-elles pas très concluantes, et il faut savoir que le professeur Guyon n'a pu, sur un relevé de 23,000 naissancee fait à la Maternité de Paris, trouver un seul cas de torticolis existant au moment même de l'accouchement. La syphilis n'cst même pas à discuter; car, sur 100 examens de fœtus morts de cette affection, pas une seule fois le docteur Spencer n'a trouvé d'altération du sterno-mastoïdien; tandis que, sur 200 fœtus à terme, et la plupart, pour ne pas dire tous, sans aucune tare vénérienne, l'examen attentif a permis de reconnaître 15 fois un hématome du muscle.

Cette tumeur est donc plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Elle ne produit pas toujours la difformité, car, dans les deux dernières années, ce même chirurgien a pu relater huit cas d'hématome, dont deux causés par le forceps, et tous se sont résorbés en ne donnant lieu qu'une fois à une légère déformation.

Comme on le voit, si la rupture des fibres du sterno-mastoïdien est susceptible, dans certains cas, de produire une rétraction ultérieure du muscle (et, à cette même séance, M. Raymond Johnson en a encore cité deux exemples bien nets); dans d'autres circonstances, l'épanchement se résorbe sans déterminer le moindre changement de direction dans le cou. C'est, du reste, une opinion semblable que soutient le docteur Justin Hérold, AM. MD, dans l'*International medical Magazine* (1).

Il cite l'observation d'un enfant de 4 semaines auprès duquel il fut appelé et qui portait une tumeur indurée du muscle sterno-mastoïdien. C'est au moment même de la naissance que s'était produite cette tuméfaction, du

(1) Congenital induration or tumor of the sterno mastoïd, by Justin Herold (*International medical Magazine*, New-York, février 1893).

---

se casse quelque chose à la chasse, il fait appeler le père un tel en se cachant de son médecin.

Les rebouteurs bretons ne sont pas des charlatans à grand tapage ; ce sont des gens convaincus. Modestes, simples, peu soucieux de la rémunération, mais jaloux de leur prestige. Ils s'imaginent exercer une sorte de sacerdoce et ils sont fiers du mot. Le docteur Fouquet (de Vannes), dans un charmant petit livre, écrit il y a bientôt cinquante ans, raconte des histoires de rebouteurs incroyables. Il en est une que je me rappelle et que je ne résiste pas au plaisir de reproduire ici. Je demande pardon à sa mémoire si la mienne me fait défaut, car c'est un bien lointain souvenir que je vais évoquer. Il s'agissait d'un jeune médecin du Morbihan, revenu dans sa petite ville après avoir fini ses études à Paris, et qui s'y livrait à la médecine de campagne. Il avait réussi au gré de ses désirs, mais la chirurgie, pour laquelle il avait un goût tout particulier, lui échappait complètement. Elle était monopolisée par un vieux rebouteur connu à dix lieues à la ronde et contre la prépotence duquel il ne parvenait pas à réagir. Le bonhomme poursuivait le cours de ses exercices, impassible comme le destin, muet comme lui et indifférent aux attaques que l'autre ne cessait de diriger contre lui. Les saints de Bretagne, qui ont toujours de l'indulgence pour les ignorants, ménageaient à celui-ci

côté droit, à la suite d'une présentation par les pieds qui avait nécessité de la part d'une sage-femme une manœuvre obstétricale. Huit semaines plus tard, l'hématome avait disparu, et le cou était absolument normal, sans déviation et sans la moindre gêne dans les mouvements.

Ce chirurgien cite plusieurs autres cas, et, s'appuyant sur l'autorité du docteur Henoch, auteur d'un livre sur les maladies des enfants, conclut, comme lui, que la difformité consécutive à l'hématome du sterno-mastoïdien n'est pas constante, mais que, dans la grande majorité des cas, il existe un certain degré de torticolis.

Tous ces faits sont intéressants, et on peut en conclure que la rupture partielle du sterno-mastoïdien est fréquente au moment de l'accouchement, surtout quand celui-ci ne se fait pas d'une façon normale. Cette rupture peut être plus ou moins étendue, et suivant les cas disparaître sans déterminer une sclérose suffisante pour amener un changement dans la positon de la tête, ou, au contraire, amener un travail cicatriciel et une myosite limitée, susceptible de donner naissance au torticolis.

Eugène ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mars 1893. — Présidence de M. PÉRIER.

Le rapport de M. Routier sur certaines formes de **polypes utérins** donne l'occasion à M. PICQUÉ de citer une intéressante observation dans laquelle une femme de 40 ans après quatre grossesses normales, vit survenir des douleurs violentes dans le ventre, et, plus tard, des pertes roussâtres, ainsi qu'une tuméfaction qui remontait jusqu'à l'ombilic. Après plusieurs intervalles de crises et de repos, la malade se décida à entrer à

---

une terrible revanche. Un jour que son jeune rival chevauchait dans un de ces chemins creux de Bretagne qui ressemblent à des lits de torrents desséchés, il tomba de sa monture, se fit une entorse, rentra chez lui comme il put, se mit au lit et se fit une forte application de sangsues suivie de nombreux cataplasmes pour les faire bien saigner. C'était ainsi qu'on traitait les entorses dans ce temps-là. Inutile de dire que cette médication ne fit pas merveille.

Les parents étaient navrés de son aveuglement, de son injustice à l'égard du vieux rebouteur qui l'aurait guéri en un tour de main. Bref, on s'assembla en conseil de famille et il fut décidé que le blessé serait rebouté malgré lui. De vigoureux cousins furent requis et on appela le praticien rural. Il vint, sans rancune, s'approcha du lit du patient qui vociférait et écumait de rage impuissante, solidement maintenu qu'il était par des aides inaccessibles à la pitié et alors, avec un bon sourire, il s'empara du pied malade et se mit à le masser avec une habileté fruit de l'expérience, en répondant par de bonnes paroles aux invectives de son ennemi. La séance fut longue et le comble de l'humiliation, de la honte pour le médecin diplômé, c'est qu'il fut forcé de convenir que le rustre dont il méprisait l'ignorance, dont il détestait les pratiques, lui avait fait beaucoup de bien.

l'hôpital. A l'examen, on trouva une tumeur engagée dans un col effacé comme dans le travail, et la main, introduite dans l'utérus, permit de sentir ce gros fibrome en sablier qui remplissait la matrice et s'insérait à la paroi sur une petite surfacc.

Après décollement facile de l'insertion et morcellement de la tumeur vaginale, la portion intra-utérine du fibrome fut extraite, mais non sans avoir été divisée en plusieurs fragments.

C'est cette pratique du morcellement que le chirurgien devra suivre, après exploration sous le chloroforme et dilatation extemporanée du col.

Débridement d'un phimosis congénital. — Mort.

Il s'agit d'une observation curieuse de M. le docteur Crozat, médecin militaire, à propos de laquelle M. Picqué lit un rapport. Un jeune soldat robuste, atteint d'un phimosis très serré, après être resté de nombreuses années sans ressentir le moindre trouble, fut pris de malaises et se présenta à la visite. Il était atteint d'une bronchite aiguë dans le cours de laquelle il se manifesta de la rétention d'urine.

M. Crozat, la plaçant sur le compte du phimosis, fit un simple débridement du prépuce et vida la vessie. Le lendemain matin, l'état du malade s'aggrava et il mourut. A l'autopsie, on trouva une vessie très développée pouvant contenir 2 litres 1/2 de liquide ; rien dans la partie inférieure des uretères, mais, du côté de leur abouchement dans le bassinet, ils étaient dilatés ainsi que les bassinets eux-mêmes. De plus, les reins portaient les lésions de la néphrite interstitielle.

Quelle a été la cause de la mort? Chacun connaît les relations qui existent entre les accidents nerveux et la présence d'un phimosis. Harte, Reliquet, Richet ont mêmc décrit des complications urinaires et, dans le cas de M. Crozat, il s'agit, suivant toutes probabilités, de néphrite ascendante.

Ce rapport est le point de départ d'une petite discussion. M. Verneuil dit d'abord que toutes les fois qu'il y a obstacle à l'urination il y a néphrite, et qu'avant tout acte opératoire il faut prendre toujours la précaution d'examiner les reins, et si ceux-ci sont malades, ne pas opérer. Dans l'espèce, il faudrait dire que le malade de M. Crozat est mort de néphrite, sans mettre les accidents sur le compte de l'opération. C'est aussi l'avis de M. Reclus, qui fait remarquer que ces accidents avaient débuté avant l'inter-

---

C'est qu'en effet l'application du massage au traitement des maladies articulaires est le triomphe du rebouteur. Ils ne l'ont pas inventé, puisqu'il était recommandé par Fabrice d'Aquapendente, mais ils l'ont pratiqué avec persévérance et ont fini par nous l'imposer. On sait que c'est au docteur Le Bâtard que revient l'honneur d'avoir généralisé cette méthode en la soumettant à des règles précises.

Les rebouteurs ont également du succès dans les luxations de l'épaule qnand elles sont simples. Comme il ne s'agit que de tirer et qu'ils ont des bras solides, ils obtiennent presque toujours la réduction. Tant pis pour le patient si la luxation est compliqnée ou si la tête de l'humerus n'est pas dans l'aisselle. En dehors de cette luxation, plus commune à elle seule, il est vrai, que toutes les autres réunies, la pratique des rebouteurs est lamentable.

Les malheureux qui leur confient une luxation du coude sont infailliblement estropiés. Le rebouteur tire, tire tant qu'il peut, et la luxation ne se réduit pas ; l'ankylose survient dans l'extension complète et le malheureux n'a plus qu'un membre inutile. Dans les fractnres, lorsqu'ils sont appelés avant que le gonflement soit survenu, ils appliquent un appareil bien serré et s'en vont en recommandant de n'y pas toucher. Le patient souffre mort et misère, il crie jonr et nuit, mais la famille est inflexible. Le rebouteur a dit de

vention, et du reste, reprend M. Picqué, M. Crozat n'a pas supposé que son débridement avait pu entraîner la mort, il a voulu simplement attirer l'attention sur cette coïncidence ; et, à la question de M. Tillaux qui lui demande si le malade n'était pas diabétique, il répond qu'on n'avait jamais trouvé de sucre dans les urines. Enfin, M. Tuffier fait remarquer que dans cette observation il y a deux points à relever : la présence du phimosis, et il aurait fallu dire si il était adhérent au gland ou non, car seuls les phimosis adhérents produisent des rétrécissements et des troubles urinaires, et, en second lieu, si les accidents septiques se sont réellement montrés du côté des reins et si l'infection a été déterminée par l'acte opératoire.

Acné rosacé hypertrophique. — Réfection du nez

M. Félizet fait un rapport sur une observation de M. Delie (de Belgique). Ce chirurgien, en présence d'une énorme difformité qui rendait le commerce de ses semblables impossible à celui qui en était atteint, et voyant que les moyens employés d'habitude comme les injections modificatrices, les scarifications ne suffiraient pas, eut le courage d'attaquer cette hypertrophie nasale comme une tumeur, et de l'opérer au bistouri. Le patient était fort homme de société, c'est-à-dire adonné aux boissons alcooliques, et malgré cela l'opération marcha à merveille, ainsi que la cicatrisation des lambeaux autoplastiques, taillés suivant la méthode française et rapprochés par glissement. Le résultat fut excellent et ni la méthode italienne ni la méthode indienne n'auraient pu donner rien de pareil.

Cet acné hypertrophique, pour M. Berger, n'est autre chose que le *rhinophyma* bien connu à Saint-Louis, pour lequel M. Le Dentu a décrit un procédé opératoire à cette même tribune, et que M. Berger a eu l'occasion d'enlever une dizaine de fois. Et, tout d'abord, l'alcoolisme n'est pas toujours évident dans l'étiologie de cette difformité portée par des gens tout à fait sobres. De plus, les autoplasties ne sont point du tout nécessaires. Il suffit d'abraser comme M. Le Dentu chacun des lobes exubérants, sans toucher à la charpente du nez, et la cicatrisation se produit parfaitement. Le nez est un peu blanc, mais a repris complètement sa forme.

L'écoulement sanguin est assez considérable, on fera même quelques ligatures s'il y a lieu.

---

n'y pas toucher. A la fin, l'odeur de la gangrène et la couleur noire des téguments inspirent quelques doutes. On appelle alors un chirurgien qui ampute le membre. Ces cas-là ne sont pas rares à la campagne. C'est pis encore lorsqu'il s'agit de plaies artérielles ; mais je ne vais pas continuer l'énumération des bévues des rebouteurs, car tous les médecins savent à quoi s'en tenir à leur sujet.

Je me suis souvent demandé d'où pouvait venir cet engouement, cette confiance aveugle dans des paysans inintelligents, illettrés et qui ne font rien pour se faire valoir. Je suis arrivé à me faire une idée à cet égard. C'est le résultat complexe de causes différentes. Il y a d'abord l'habitude, la routine toute-puissante dans les campagnes. Les pères ont été reboutés, il faut que les enfants le soient. Et puis le praticien est un paysan comme eux ; enfin, il se contente des plus modestes honoraires.

Pour les gens des villes, c'est un autre sentiment. C'est l'amour de l'étrange, du bizarre. Cela vous plaît de penser qu'un rustre peut être supérieur à un homme instruit sur un terrain quelque borné qu'il soit. C'est la revanche de l'ignorance sur le savoir ; elle est douce aux cœurs des ignares.

Lorsque le praticien est un être déclassé, cela ne fait que redoubler la confiance. Avant la Révolution de 1789, les bourreaux étaient les rebouteurs atitrés des villes qui

C'est à Ollier, fait remarquer M. Championnière, qu'on doit les premiers succès; il a amené à cette même société quantité de malades guéris par la simple *décortication* au thermocautère sans la moindre réparation autoplastique. Avec le feu, on n'a point une goutte de sang; la cicatrisation est rapide puisqu'au bout de 6 semaines M. Championnière a pu faire mouler un de ses opérés, et avec le thermocautère pendant l'anesthésie, on a l'avantage de détruire du même coup les petits boutons qui se montrent sur la face.

L'alcoolisme a une certaine importance étiologique, et 4 des malades de M. Championnière interrogés par lui étaient des alcooliques avérés.

M. Routier comme M. Berger, préfère le bistouri, tandis que M. Verneuil qui s'est beaucoup occupé de rhinoplastie à propos de l'adénome sudoripare de la face, préfère le thermocautère ou le couteau galvanique, et n'a jamais fait de restauration.

Traitement de l'ectopie testiculaire

C'est en s'appuyant sur un nombre déjà élevé d'opérations que M. Jalaguier vient traiter cette importante question. Chargé du service des hernies au bureau central, il a eu l'occasion de faire en 4 ans 13 orchidopexies. Ces ectopies se sont montrées dans le pli de l'aine 10 fois (5 inguinales gauches, 5 inguinales droites); 7 fois elles étaient accompagnées de hernie, 1 fois d'hydrocèle et dans un seul cas l'ectopie était périnéale. Mais il est assez difficile cliniquement de diagnostiquer la hernie, et 5 fois M. Jalaguier ne put y arriver.

Les interventions lui ont aussi démontré que la tunique vaginale était préformée dans le scrotum. Ces obstacles à la descente du testicule sont formés par un trousseau fibreux sous la dépendance du fascia transversalis et, de plus, le scrotum est quelquefois fermé par un diaphragme élastique formé aux dépens de l'appareil supérieur des bourses. Quatre fois il a trouvé cette disposition, dans les autres cas il a pu perforer facilement une simple membrane celluleuse qui fermait l'entrée du scrotum.

M. Jalaguier a toujours pratiqué la fixation du testicule au fond du scrotum à l'aide d'un fil de catgut passé entre la glande et la queue de l'épididyme. Tous ses opérés avaient entre 7 et 15 ans 1/2, et chez aucun d'eux le port d'un bandage n'était possible, la glande séminale ne descendant pas suffisamment.

---

avaient le bonheur d'en posséder un. Ils passaient pour préparer des pommades irrésistibles avec la graisse des pendus!

Horreur! Dans ma petite enfance, j'ai connu des gens qui avaient été reboutés par ces fonctionnaires.

A l'époque où il y avait des bagnes dans les ports militaires, et cela ne remonte pas si loin, puisqu'ils ont été supprimés par le décret du 27 mars 1852, et qu'ils n'ont été complètement évacués que cinq ans après; à cette époque, dis-je, les forçats étaient employés comme infirmiers dans les hôpitaux maritimes et comme garçons dans les amphithéâtres. Ils acquéraient dans cette double fonction quelques connaissances pratiques qu'ils se hâtaient d'exploiter à leur sortie du bagne, et ils allaient grossir ainsi la petite armée des praticiens interlopes et peu scrupuleux. Le fait d'avoir traîné la chaîne, et porté le pantalon jaune n'était pas pour leur nuire, tant s'en faut, et j'en ai connu un qui s'était établi tout près de Brest et qui s'y était fait une situation exceptionnelle: les voitures attendaient à sa porte. Cela dura jusqu'au jour où il vint tomber ivre-mort aux pieds de ses admiratrices, car sa clientèle était surtout féminine.

Nous voilà bien loin de Pomerol, et je ne sais pas pourquoi j'ai évoqué ces souvenirs de bagne au sujet d'un homme qui n'a rien de commun avec les forçats. Il s'est livré

Les résultats sont intéressants à signaler. Sur deux malades, revus après trente-six et trente-trois mois, les testicules, bien en place, s'étaient développés et avaient à peu près le volume normal. Les autres opérés, réexaminés entre douze et six mois après l'opération, présentaient tous, sauf un, des résultats très satisfaisants. La hernie ne s'était jamais reproduite.

Le seul échec avait eu lieu chez un enfant épileptique et ayant de l'incontinence d'urine.

M. Jalaguier est donc en droit de conclure qu'il faut pratiquer l'orchidopexie chez tous les malades dont les testicules ne peuvent pas descendre.

La séance se termine par la présentation de malades et de pièces. M. Reynier présente un variqueux guéri par la *résection de la saphène;* M. Schwartz une femme atteinte de carcinome de l'œsophage, sur laquelle il a pratiqué la gastrostomie en deux temps.

M. Marchand montre un *kyste hydatique* du foie extirpé presque en totalité; M. Routier deux *kystes dermoïdes de la queue du sourcil* et du plancher de la bouche.

M. Pozzi présente, au nom de M. Charlin (de Santiago), un nouvel uréthrotome dont la tige est remplacée par un Béniqué.

Eugène Rochard.

REVUE DES JOURNAUX DE PROVINCE

Deux grands types de paralysie infantile. — Dans une de ses dernières leçons, faite à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, M. le professeur Grasset a comparé la paralysie spinale atrophique et la paralysie cérébrale spasmodique

Le début de la première est assez bruyant, fébrile, mais banal, comme celui de toutes les maladies aiguës de l'enfance; les premiers jours, il y a de la fièvre, quelquefois des convulsions, et le diagnostic est alors impossible. Puis, très rapidement, la paralysie apparaît et il n'y a plus d'erreur possible. Cette paralysie est généralisée ou très étendue, elle frappe plusieurs muscles, peut revêtir la forme paraplégique, et, en tous cas,

---

comme tant d'autres à l'exercice illégal de la médecine et voilà tout; la justice va faire un exemple, n'en doutons pas. Il sera condamné à 15 francs d'amende. Cela ne le mettra pas dans l'obligation de réduire la pension du vicomte son gendre, et la petite réclame que nous sommes tous en train de lui faire, couvrira largement ce débours, mais enfin force restera à la loi.

Il serait facile de tirer des conclusions de la plus haute portée de cette aventure du cocher de l'Urbaine; nous nous bornerons à en faire ressortir une seule, mais son importance frappera tous les yeux : C'est qu'il est plus lucratif de frotter la peau des hommes que de fouetter celle des chevaux.

Des conférences publiques et gratuites, sur le traitement hydro-minéral dans les affections du pharynx, du larynx, du nez et des oreilles, auront lieu à la clinique du docteur Castex, 52, rue Jacob, les mardis, de cinq heures à six heures, à partir du mardi 7 mars.

7 mars, Challes (Dr Boyer); — 14 mars, Cauterets (Dr Sénac-Lagrange); — 21 mars, Mont-Dore (Dr Schlemmer); — 28 mars, La Bourboule (Dr Heultz), etc.

Les sujets des autres conférences seront ultérieuremant fixés.

est bien plus étendue qu'elle ne le sera plus tard. A cette phase de généralisation succède une phase de régression, et la lésion se limite à quelques muscles ou à quelques groupes musculaires. En même temps on voit apparaître une amyotrophie rapide des parties atteintes, plus tard un défaut ou un retard de développement dans les membres correspondants, d'où les déformations, les déviations et les infirmités bien connues.

Dans la paralysie spasmodique, les troubles moteurs revêtent la forme hémiplégique, qu'il s'agisse de paralysies ou de contractions. C'est là une différence capitale avec la paralysie spinale, dans laquelle cette disposition ne se présente presque jamais.

Tout le syndrôme spastique, les contractures soit fixes, soit faciles et fréquentes, la trépidation épileptoïde, le tremblement, l'exagération des réflexes rotuliens, etc., forment un tableau spécial très important qui ne se retrouve pas dans la paralysie infantile.

Les crises jacksonniennes appartiennent aussi à la paralysie spasmodique dans laquelle il n'y a pas d'atrophie ; tandis que l'amyotrophie considérable et précoce est un caractère de la paralysie spinale, son absence ou une apparition tardive fait partie de la forme cérébrale. Parmi cette dernière existe encore l'athétose, les troubles post-hémiplégiques et enfin les troubles constitutionnels.

Ces différents symptômes sont, du reste, loin d'être réunis dans tous les cas, car la lésion anatomique de la paralysie cérébrale de l'enfance n'est pas une. Tantôt il y a un foyer hémorrhagique dans la première enfance ou pendant la durée intra-utérine et consécutivement de la sclérose cérébrale ou de la sclérose descendante bulbo-médullaire; tantôt il se produit une sclérose d'emblée. A la suite de ces lésions on voit apparaître l'atrophie cérébrale ou parencéphalie et des pertes de substance en forme de cavités anormales dans le cerveau.

Dans la paralysie cérébrale, l'évolution continue des lésions indique l'emploi local des révulsifs, des pointes de feu, des cautères. De plus, pour calmer les phénomènes d'irritation, on donnera les bromures alcalins et quelquefois l'iodure de potassium et le borate de soude. La craniectomie dans les cas de lésion diffuse, la trépanation dans ceux de lésion limitée n'ont donné que des résultats peu encourageants.

Du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander. — Cette méthode consiste à injecter dans le bubon 1 c. c. d'une solution à 1 p. 100 de benzoate de mercure et à pratiquer ensuite la compression. Welander et Letnik (d'Odessa) auraient obtenu 90 p. 100 de succès dans des cas où la suppuration n'était pas encore commencée.

M. Brousse (*Montpellier Méd.*, 1893, 7, p. 133) a essayé ce traitement sur cinq malades et n'a obtenu qu'un seul succès.

Chez les malades qui ont reçu une injection dans leur bubon, il s'est toujours produit une réaction locale et surtout générale des mieux caractérisées (céphalalgie, inappétence, malaise, élévation thermique). Chez certains sujets, il y a même eu pendant deux ou trois jours une fièvre intense.

La méthode de Welander est donc loin d'être inoffensive et entraîne à sa suite des réactions qui pourraient devenir dangereuses. Il est probable qu'il se produit une infection et le mécanisme de cette infection serait le suivant, d'après M. Ducamp : l'injection du sel mercurique diminue la résistance des cellules, les microbes peuvent alors pulluler et sécrètent plus abondamment des produits toxiques qui, en pénétrant dans la circulation, provoquent de la fièvre.

Angine de poitrine anormale et insuffisance aortique relative. — M. Lépine a communiqué à la Société des ciences médicales de Lyon deux observations de cas cliniques exceptionnels.

La première est celle d'un homme de 30 ans, qui entra à l'hôpital avec une dyspepsie douloureuse et une grande rapidité des mouvements respiratoires, qui dépassaient le nombre de 80 par minute. Il attirait surtout l'attention sur une douleur très vive qui occupait la région précordiale droite et durait, en augmentant sans cesse, depuis 6 semaines. Quelques irradiations existaient du côté du bras droit, mais il n'y en avait pas à gauche. Le diagnostic fut : angine de poitrine anormale et, à l'autopsie, on constata un rétrécissement des deux coronaires avec plaques d'athérome aortique. Le myocarde présentait, surtout à gauche, des lésions interstitielles et parenchymateuses.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un homme de 50 ans, qui souffrait depuis deux mois d'une asystolie progressive. A l'auscultation, on trouvait un souffle mitral et un souffle diastolique à la base. Le malade ayant succombé, on constata l'existence d'une dilatation du cœur à gauche et de lésions scléreuses du myocarde, mais les valvules étaient saines et la double insuffisance était produite par la dilatation des deux anneaux fibreux et du ventricule gauche.

Recherches sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique. — MM. Hugonnenq et Eraud ont communiqué, à la Société nationale de médecine de Lyon, leurs travaux sur ce sujet. Dans une précédente communication faite à l'Académie des sciences, ces auteurs ont fait connaître l'existence et les propriétés d'une albumine pathogène sécrétée par un microbe du pus blennorrhagique.

Ce microbe est un diplocoque, ayant la même forme, mais plus gros que le gonocoque de Neisser; il se distingue de ce dernier parce qu'il se cultive très aisément sur la gélose, la peptone, le bouillon ordinaire et vit très longtemps dans ces divers milieux. Il s'agirait d'une espèce nouvelle que MM. Hugonnenq et Eraud ont dénommée : *Orchiococcus urethræ*,

Ce microbe est un saprophyte dans un grand nombre d'urèthres normaux, chez l'homme, le chien, mais sa présence n'y est pas constante. On le trouve fréquemment dans le pus blennorrhagique des premiers jours, et il y existe dans tous les cas où l'uréthrite doit se compléter ultérieurement ou se compliquer d'orchite. Quand on ensemence directement le pus blennorrhagique sur gélose, on n'obtient pas de culture, on peut affirmer qu'il ne se produira pas d'orchite dans le cas considéré. Si, au contraire, le pus blennorrhagique donne lieu au développement de colonies, on peut redouter l'orchite sans que celle-ci se produise nécessairement.

L'action pathogène du microbe ne s'exerce ni sur la conjonctive, ni sur l'urèthre, ni dans le péritoine. En injectant la culture pure sur bouillon peptonisé dans le testicule du chien, on provoque une orchite intense. Le produit pathogène retiré du bouillon de culture se comporte de même, mais avec une bien plus grande énergie. L'orchiococcus agit donc par l'intermédiaire de la substance qu'il sécrète et que l'on a pu retrouver dans un liquide d'orchite purulente.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Prix décernés pour l'année 1892. — *Legs Trémont* — Ce legs (1,000 francs) a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier. — Il est accordé, à titre d'encouragement : 1° 300 francs à MM. les docteurs Langlois et Launay; 2° 300 francs à M. le docteur de Pezzer; 3° 300 francs à M. Mergier; 4° 100 francs à M. le docteur Marage.

Prix Chatauvillard. — 1° 900 francs à M. le docteur Duroziez pour son « Traité des maladies du cœur »; 2° 800 francs à MM. les docteurs Blocq et Onanoff pour leur ouvrage intitulé : « Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses »; 3° 300 francs à M. le docteur Poulalion pour son ouvrage intitulé : « Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches. »

Les prix Corvisart et Montyon ne sont pas décernés.

Prix Jeunesse (hygiène). — M. le docteur Bordas pour son « Étude sur la putréfaction ».

Prix Lacaze (phtisie). — M. le docteur H. Martin pour l'ensemble de ses travaux sur la « tuberculose ».

Thèses récompensées. — Médailles d'argent : MM. Achalme, Buscarlet, Chabrié, Charrier, Drouin, Faidherbe, Faure-Miller, Rochon-Duvigneaud, Thiroloix.

Médailles de bronze : MM. Bertillon, Besançon, Boëtau, Bonnemaison, Castera, Critzman, Desforges, Faure (J.-L), Laffitte, Létienne, Macaigne, Meurisse, Noguës, Oustaniol, Pachon, Pilliet, Rousseau-Dumarcet, Sauvineau, Vassal, Vibert.

Mentions honorables : MM. Adler, Aldibert, Anglade, Béchet, Berbez, de Bourgon, Bruneau, Chevalet, de Grandmaison, Hallion, Lallier, Mlle Landais, MM. Malbec, Mussy, Poulain, Quignard, Rahon, Renoul, Répin.

— M. Lejars, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe, le samedi 4 mars 1893, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Marie, agrégé, commencera les conférences de pathologie interne, le vendredi 3 mars 1893, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Fauconnier, agrégé, commencera les conférences de chimie médicale, le vendredi 3 mars 1893, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Corps de santé de la marine et des colonies :

— MM. les médecins de 1re classe Aubry et Buisson embarquent, le premier, sur le *Faucon*, le second, sur le *Jean-Bart*.

Nécrologie. — M. le docteur Virlet, médecin-major de 1re classe en retraite.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

TRAITEMENT DE LA CHORÉE (1).

Par le docteur Jules Comby.

La chorée vraie (danse de Saint-Guy), dit M. G. Sée, est une névrose constituée essentiellement par des troubles psychiques, sensitifs et moteurs. Ces derniers, les plus importants de tous, consistent en mouvements désordonnés, incohérents et involontaires. Cette maladie survient surtout chez les enfants nerveux et lymphatico-nerveux, surtout dans le sexe féminin (un tiers de filles en plus) et à l'âge de 6 à 15 ans principalement.

La chorée électrique, la chorée hystérique se distinguent de la chorée vraie par le caractère rythmique de leurs secousses. Les mouvements choréiformes de l'hémiplégie ne sont pas permanents et rappellent surtout la trépidation spinale. L'athéthose se distingue par la lenteur et la souplesse de ses mouvements, sans parler de sa durée. Les tics convulsifs divers sont permanents et limités à un groupe de muscles, ils constituent des spasmes isolés.

Le diagnostic de la chorée de Sydenham est donc facile; il faut se souvenir qu'il y a des *chorées molles* ou paralytiques qui peuvent simuler l'hémiplégie ou la paraplégie de cause organique. Mais, outre les mouvements choréiques qui ont précédé ou qui accompagnent ces paralysies, on remarque qu'elles ne sont pas complètes, qu'il y a plutôt *parésie* que paraplégie véritable.

TRAITEMENT

Le *tartre stibié*, à doses rasoriennes (20, 30, 50 centigrammes), est abandonné aujourd'hui, après avoir été très recommandé. La strychnine offre les mêmes dangers, car, pour obtenir une modification profonde et durable, il faut aller jusqu'aux doses toxiques.

Les injections sous-cutanées de *curare*, d'*ésérine* sont non moins infidèles, et non moins dangereuses. On a généralement recours aujourd'hui aux narcotiques, aux antispasmodiques, aux stupéfiants, à l'arsenic et aux agents physiques.

L'*opium* a été fréquemment prescrit; il est bon à employer chez les enfants privés de sommeil, mais avec discernement.

On donnera tous les soirs une pilule contenant :

Extrait thébaïque .... 0 gr. 01 centig.

Au-dessus de 10 ans, on pourra donner 2 ou 3 de ces pilules.

(1) Extrait d'un formulaire en préparation.

Le *chloral*, malgré son action déprimante sur le cœur, remplit les mêmes indications.

On donnera une cuillerée à soupe de *sirop de chloral* le soir. Joffroy prescrit 1 gramme, 1 gr. 50, 1 gr. 75 de chloral, suivant l'âge et la force des sujets, à prendre, dans la journée, à la fin des trois repas, dans du sirop ou de la gelée de groseilles.

On peut donner la *paraldéhyde* ou le *sulfonal*, à la dose de 1 à 2 gr. par jour.

Paraldéhyde	1 gramme.
Sirop de limons	30 grammes.
Eau de tilleul	70 —

A prendre en deux fois le soir, avant de se coucher.

Sulfonal	0 gr. 20 centig.

pour un cachet; prendre trois ou quatre de ces cachets le soir, et avaler une gorgée d'eau sucrée après chaque prise.

Ces médicaments peuvent être donnés en suppositoire :

Sulfonal ou paraldéhyde	0 gr. 80 centig.
Beurre de cacao	3 grammes.

L'*exalgine*, à la dose de 0 gr. 20 centig., trois fois par jour, a donné des succès à Moncorvo, à Lœwenthal.

L'*antipyrine* est très à la mode; on la prescrit à la dose de 2 ou 3 gr. par jour en cachets de 50 centigrammes ou en potion.

Julep gommeux	120 grammes.
Antipyrine	3 —

Une cuillerée à soupe de deux en deux heures.

Le *bromure de potassium* jouit également d'une faveur marquée et déjà ancienne; à la dose de 2, 3, 4 grammes par jour, suivant l'âge et l'intensité des cas, il atténue beaucoup la violence des mouvements choréiques.

Bromure de potassium	3 à 4 grammes.
Eau de tilleul	40 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	40 —

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

En même temps, on peut faire prendre aux malades la tisane de chénopode vantée par Rilliet et Barthez.

Chénopodium ambrosioïdes	4 grammes.
Faire infuser dans eau bouillante	500 —
Ajoutez sirop de fleurs d'oranger	50 —

West donne le sulfate de zinc à la dose de 15 à 50 centigrammes par jour. A. Voisin associe l'oxyde de zinc (20 centigrammes) à l'extrait de valériane et au bromure de potassium. Descroizilles conseille :

Valérianate de zinc	ãã. 5 grammes.
Extrait de jusquiame	
Sous-nitrate de bismuth	

pour trente pilules; trois à six par jour.

On peut encore donner :

Extrait de jusquiame	2 grammes.
Valérianate de fer	4 —

pour quarante pilules; trois par jour.

Ou bien :

Asa fœtida	5 grammes.
Extrait de valériane	5 —
Oxyde de zinc	1 gramme.
Castoréum	3 grammes.
Extrait de belladone	0 gr. 40 centigr.

pour 80 pilules; une matin et soir.

Ou bien :

Poudre de racines de belladone	0 gr. 12 centigr.
Poudre de castoréum	0 gr. 24 —
Armoise pulvérisée	3 grammes.
Poudre de racines de valériane	3 —
Sucre en poudre	6 —

pour vingt prises; quatre par jour (Réveil)

Frerichs conseille :

Extrait de chanvre indien	ââ. 3 grammes.
Lupulin	
Sucre	

pour dix doses; une matin et soir.

Dans les chorées incoercibles, M. Magnan fait des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'hyoxine (1/2 à 1 milligramme par seringue de Pravaz).

L'arsenic est un des médicaments les plus efficaces; il faut le prescrire à haute dose, si l'on veut abréger la durée de la maladie. On prescrira, dans une potion gommeuse, une, deux, trois cuillerées à dessert de liqueur de Boudin, soit environ 10, 20, 30 milligrammes d'acide arsénieux par jour, si l'enfant a dépassé 10 ans. Aux premiers signes d'intoxication (gastralgie, diarrhée, vomissements), on s'arrêtera.

Si l'on préfère d'autres préparations arsenicales, on peut avoir recours à la liqueur de Pearson (1 p. 600) ou à la liqueur de Fowler (1 p. 100), qui sont plus fortes que la liqueur de Boudin (1 p. 1000).

Quelques médecins (Widerhofer, Fruehwald) ont employé avec succès la liqueur de Fowler en injections sous-cutanées. On étend cette liqueur d'une quantité égale d'eau distillée, ce qui abaisse son titre à 1 p. 200, et l'on injecte le premier jour une division seulement de la seringue de Pravaz, et l'on augmente chaque jour d'une division jusqu'à 8 ou 10, puis on redescend graduellement à une division.

Pour rendre l'injection moins douloureuse, il est bon de remplacer l'eau de mélisse de la liqueur de Fowler par l'eau de laurier cerise (Peter).

Si les enfants sont anémiques, on leur donnera du fer (sirop d'iodure de fer); s'ils ont de la fièvre, on prescrira la quinine (25 à 50 centigrammes).

Le *salicylate de soude*, même quand la chorée est d'origine rhumatismale, n'a aucune action.

Parmi les agents physiques, de nature à favoriser l'action des médica-

ments précités, il faut citer l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage, la gymnastique.

J'emploie très volontiers, chez les enfants qui n'ont pas d'endocardite, les *douches froides* très courtes (quart de minute) en jet sur la colonne vertébrale et en pluie sur les épaules. Ballot conseille la douche écossaise. L'immersion rapide dans un bain froid ou dans une piscine est également bonne. Quand les enfants ne tolèrent pas la douche, je prescris trois bains sulfureux par semaine; dans les cas intenses, on les donnera quotidiens et prolongés (une heure).

Joffroy est très partisan du *drap mouillé*: On prend de l'eau très froide (9 à 10°), on y trempe un drap qu'on exprime et on enveloppe le malade jusqu'au cou en pratiquant par-dessus le drap des frictions énergiques. Quand le patient est bien réchauffé, on l'enroule dans plusieurs couvertures et on le laisse vingt-cinq à trente minutes; pour activer la réaction, on peut mettre des boules d'eau chaude aux pieds. On répète l'opération deux fois par jour.

Les ventouses sèches à la nuque, les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale ou de chlorure de méthyle sont d'un effet moins sûr.

La gymnastique cadencée et rythmée avec chant convient aux cas de moyennne intensité.

La gymnastique suédoise, associée au massage, est très utile dans la plupart des cas.

L'électricité a été appliquée sous différentes formes: faradisation, galvanisation, franklinisation. G. Gautier a guéri un enfant de 13 ans 1/2 après vingt-six séances de courants continus (courant ascendant du sacrum à la nuque, pendant huit minutes, avec 6, 8, 12 milliampères). M. Luys a employé les aimants. Dans quelques cas spéciaux, la suggestion hypnotique ou à l'état de veille peut être efficace.

Si l'on soupçonnait la présence de vers intestinaux, on donnerait la santonine et le calomel.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Les enfants choréiques seront isolés autant que possible; on fera autour d'eux le calme le plus complet, on ne leur demandera aucun travail, on ne leur imposera aucune contrainte. Ils n'iront pas à l'école, ne liront plus, n'écriront plus. On les sortira au grand air le plus possible; on les emmènera à la campagne. La nourriture sera légère et d'une digestion facile (lait, laitages, œufs, viandes tendres et bien cuites, purées de légumes). On assurera la liberté du ventre par des purgatifs, si cela est nécessaire.

On évitera le séjour au bord de la mer, trop excitant pour les enfants nerveux et trop humide. On les tiendra chaudement, on leur fera porter de la flanelle, pour éviter les refroidissements et les rhumatismes.

Si la chorée est très grave, si les mouvements sont incessants et incoercibles, on capitonnera le lit de l'enfant de façon qu'il ne puisse se blesser et on ne le perdra pas de vue un instant.

DIRECTION DU TRAITEMENT

Si le cas est léger, les moyens hygiéniques suffisent: isolement relatif, repos physique et intellectuel, promenades au grand air, douches ou bains sulfureux.

Si le cas est intense, on donnera le bromure de potassium ou l'antipyrine à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Si ces remèdes échouent, on aura recours à l'arsenic à doses progressives, en partant de 10 grammes de liqueur de Boudin pour aller jusqu'à 30 ou 40 grammes. Concurremment on prescrira les douches froides ou le drap mouillé.

S'il y a insomnie persistante, on donnera, le soir, une dose modérée de chloral ou de sulfonal (50 centigrammes); si le cas est très grave, on forcera la dose des hypnotiques (2 à 3 grammes de chloral, 2 à 5 centigrammes d'extrait d'opium) et des antispasmodiques.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mars. — Présidence de M. Ferrand.

Traitement des chéloïdes par les injections interstitielles d'huile créosotée

M. Marie présente un malade atteint de chéloïde à la région sternale, chez lequel, à la suite d'une ablation par le bistouri, il s'était fait non seulement une reproduction sur place de la tumeur, mais aussi une inoculation à chacun des points de suture. Ce fait s'expliquerait bien par l'hypothèse de la nature infectieuse et parasitaire des héloïdes.

D'autre part, M. Marie a observé, dans un cas, une sorte d'éruption de chéloïdes dans divers points du corps qui n'avaient jamais été le siège d'aucune plaie ni cicatrice. Dans ce cas, des scarifications avaient été faites quelques mois auparavant sur une grosse tumeur chéloïdienne. Cette éruption généralisée semble bien en rapport avec l'entrée dans la circulation d'un agent infectieux chéloïdien sous l'influence d'auto-inoculation au niveau des scarifications.

Chez le malade qu'il présente, M. Marie a pratiqué dans la chéloïde des injections interstitielles d'huile créosotée à 20 p. 100. La douleur de l'injection est supportable, mais dure plusieurs heures. Deux ou trois jours plus tard, la tumeur chéloïdienne devient violacée; une phlyctène se forme à la surface de la chéloïde, qui passe bientôt à l'état d'eschare. Il se fait un véritable embaumement de la tumeur, sans inflammation des tissus qui l'entourent. M. Bouchard et M. Gunbert avaient antérieurement employé l'huile créosotée, comme agent d'embaumement, dans un cas de gangrène sénile.

Donc, destruction rapide de la chéloïde et absence d'une généralisation secondaire, tels sont les avantages de cette méthode, qu'on pourrait peut-être employer aussi pour d'autres néoplasmes cutanés, épithéliomas, lupus.

M. Siredey présente un objection à l'hypothèse de la nature infectieuse des chéloïdes De 1884 à 1888, il a observé une malade qui avait, sans cause appréciable, des poussées spontanées de chéloïdes sur différents points du corps; l'examen d'une de ces tumeurs démontra qu'elles étaient uniquement formées de tissu fibreux sans interposition d'autres éléments. Cette malade était rhumatisante; elle avait une dilation d'estomac. M. Besnier, qui l'examina, attribua à la dilatation d'estomac et à l'auto-intoxication la production des chéloïdes.

M. Juhel-Rénoy. — La crainte de voir les chéloïdes se généraliser après scarification est peu fondée. Le lupus tuberculeux traité par les scarifications ne se généralise point. D'ailleurs, dans le service de M. Besnier, M. Juhel-Rénoy a souvent traité des chéloïdes par la scarification et le raclage, sans jamais avoir vu de généralisation.

M. Sevestre a observé, chez une petite fille, des chéloïdes consécutives à un zona. Les scarifications et le thermo-cautère ne donnèrent aucun résultat. Les tumeurs cédèrent au contraire rapidement à un traitement général par l'arséniate de soude.

Albuminurie ourlienne sans oreillons.

M. Bézy (de Toulouse), membre correspondant de la Société médicale, présente l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui, dans le cours d'une épidémie d'oreillons, fut prise, sans cause connue, d'une albuminurie de courte durée. La malade n'avait présenté aucune fluxion du côté des parotides ni des glandes mammaires.

Les manifestations ourliennes sans oreillons ne sont pas rares. L'affection pourrait donc frapper exclusivement le rein comme il frappe parfois le testicule ou les glandes lacrymales en respectant les parotides. Il existe d'ailleurs une albuminurie ourlienne passagère dans les oreillons classiques. Un élève de M. Siredey, M. Gagé, en a fait récemment le sujet de sa thèse.

Cette détermination rénale peut dans quelques cas entrer, comme l'a fait observer M. Bouchard, dans la pathologie de certaines néphrites chroniques à étiologie obscure

Un cas de paralysie à la suite du choléra infantile.

M. Bézy a observé, chez un enfant de 14 mois, une parésie des muscles de la nuque, du bras gauche et de la jambe droite à la suite du choléra infantile. Pas de réaction de dégénérescence du côté des muscles atteints. Sous l'influence d'un traitement par le massage et l'électrisation, une amélioration légère s'est produite.

Bien que les exemples de paralysie d'origine intestinale soient rares, on en a cependant signalé plusieurs cas. Le fait de M. Bézy en est probablement un nouvel exemple. Il s'agissait, dans ce cas, d'une polynévrite infectieuse. On pourrait se demander si la moelle n'a pas participé aux lésions, mais le défaut d'atrophie ferait rejeter cette hypothèse.

M. Siredey fait remarquer que, souvent, la paralysie infantile est précédée de troubles intestinaux plus ou moins graves; il s'agit peut-être là non d'une simple coïncidence, mais d'une relation de cause à effet.

M. Rendu ne pense pas qu'on soit autorisé à affirmer que la paralysie infantile est fonction du coli-bacille.

M. Hanot : L'hypothèse de M. Siredey est très rationnelle. L'injection des toxines du bacterium coli produit des paralysies diffuses. Dans quelques cas, alors, les lésions produites atteignent les cornes antérieures de la moelle et il y a un certain degré d'atrophie.

Un cas de tétanos grave traité et guéri par les injections d'antitoxine :

M. Barth : Un jeune homme de 20 ans est atteint de tétanos le 9 janvier dernier; il souffrait à ce moment d'une gingivite intense, et, comme il n'y avait eu aucun traumatisme, on pensa que l'affection avait une origine buccale.

La marche du tétanos est d'abord assez lente, mais dès le 14 janvier, date à laquelle le malade entra à l'hôpital, des crises épouvantables se produisent et se reproduisent malgré un traitement par 8 grammes de bromure de potassium et 8 grammes de chloral. La mo semblait imminente.

M. Roux, de l'institut Pasteur, sur la demande de M. Barth, pratiqua au malade des injections de sérum de cheval immunisé (300 centimètres cubes). Peu de temps après, l'amélioration était manifeste; le 10 février, le malade pouvait être regardé comme complètement guéri.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mars 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : MM. Richet : Tuberculose aviaire chez le singe. — Malbec : Ecoulement du sang par les points lacrymaux au cours d'une épistaxis. — Sottas : Dégénérescence des racines nerveuses. — Communications diverses.

M. Richet a inoculé le bacille de la tuberculose aviaire à des singes par des injections sous-cutanées et il n'est pas survenu d'accidents. Un des animaux ainsi inoculés et quatre nouveaux singes reçurent, un mois plus tard, des injections intraveineuses de cette même tuberculose. Le premier seul survécut sans présenter aucun signe de tuberculisation, tandis que les autres succombèrent. M. Richet conclut de ce fait que l'inoculation semble vacciner le singe contre l'inoculation intra-veineuse. Il ne faut, cependant, admettre ce fait qu'avec certaines réserves.

— M. Malbec rapporte un fait clinique intéressant. Il s'agit de l'issue du sang par les points lacrymaux au cours d'une épistaxis après le tamponnement complet des fosses nasales. Voici dans quelles conditions M. Malbec a observé ce phénomène. Une dame âgée de 52 ans fut prise tout à coup d'une épistaxis abondante ayant son point de départ sur la cloison de la fosse nasale droite. Après le tamponnement antérieur de cette fosse nasale, le sang s'écoula par la narine gauche. M. Malbec pratiqua alors le tamponnement antérieur complet des deux fosses nasales; le sang s'écoula tout d'abord dans l'arrière-gorge; mais, sous l'action d'efforts que faisait la malade pour arrêter l'écoulement en arrière, une partie de ce sang vint sourdre au niveau des points lacrymaux des deux côtés; les yeux parurent s'injecter, puis du sang s'écoula en larmes le long des joues. Le même fait se reproduisit le lendemain après le tamponnement que M. Malbec dut pratiquer au cours d'une nouvelle épistaxis. Le reflux du sang démontra l'insuffisance des diverses valvules que l'on a décrites dans les voies lacrymales.

— Dans deux cas, M. Sottas a pu suivre la dégénérescence des fibres des racines nerveuses jusque dans la moelle. Chez un des malades il s'agissait d'une compression des racines sacrées par une tumeur cancéreuse du sacrum. On trouva à l'autopsie une dégénérescence secondaire de la moelle occupant le cordon de Goll dans la région sacrée et se limitant au-dessus à la partie postérieure de ce même cordon en même temps qu'une petite bande le long du septum médian. La colonne de Clarke était altérée jusqu'à la dixième dorsale.

Dans le second cas, un mal de Pott compliqué de pachyméningite entraîna une dégénérescence du faisceau de Burdach sans participation du cordon de Goll à la lésion.

— D'après M. Lapicque, les Abyssins se contentent, pour leur alimentation habituelle, de 50 grammes d'albumine, 350 grammes d'amidon et 30 grammes de graisse. Ce n'est que très exceptionnellement qu'ils mangent de la viande.

M. Richet fait remarquer que les Arabes prennent aussi très peu d'azote.

— M. Guinard a vu survenir, à la suite d'injections de liquides organiques, des acci-

dents de parésie droite et de l'aphonie. Le liquide renfermait des micro-organismes.

— M. Charvin a trouvé de la tuberculose des ganglions mésentériques chez un chien mort cachectique après l'extirpation du pancréas.

BIBLIOTHÈQUE

Traitement de la syphilis, par M. le professeur A. Fournier. Paris, Ruef et Cie, éditeurs, 1893.

S'il est une maladie facile à traiter, semble-t-il, c'est bien la syphilis. N'avons-nous pas contre elle deux médicaments sûrs et éprouvés, deux médicaments *spécifiques?* L'efficacité du mercure et de l'iodure de potassium n'est-elle pas consacrée par une longue expérience ?

Et, cependant, il n'est pas actuellement de question plus controversée que celle du meilleur mode de traitement de la syphilis. Pour s'en convaincre, il suffit de consulter les nombreux travaux publiés à ce sujet dans ces dernières années, de lire les comptes rendus des Congrès de syphiligraphie. L'on voit alors que l'accord est bien loin d'être fait, même sur des questions de première importance. On peut dire qu'il y a autant de méthodes que de spécialistes. Comment faut-il donner le mercure? La méthode hypodermique a tenté de détrôner la méthode stomacale; elles offrent l'une et l'autre de précieux avantages et chacune d'elles a trouvé d'énergiques défenseurs. Quand faut-il donner le mercure? Doit-on le prescrire *contre* les manifestations de la syphilis, et à leur occasion seulement, ou bien faut-il croire à son action préventive et l'administrer en dehors de tout accident d'une façon régulière et périodique?

Voici, d'autre part, que les progrès de la bactériologie ont donné un regain d'actualité à la vieille méthode de la destruction du chancre. L'accident primitif n'est-il qu'un accident local, et, en pratique, devons-nous toujours essayer d'enrayer la syphilis en excisant le chancre ?

En présence de toutes ces questions, non résolues d'une façon définitive, on aurait réellement droit à l'indécision si l'on n'avait pas, pour les cas difficiles, un guide solide, si l'on ne pouvait s'appuyer sur une autorité incontestée.

Le livre de M. le professeur Fournier sera ce guide; nous trouverons là de précieux conseils et une ligne de conduite nettement tracée. Nous y apprendrons à traiter la syphilis.

Le livre pourrait être divisé en quatre grandes parties. Mais, tout d'abord, M. Fournier pose cette question : « Faut-il traiter la syphilis? Faut-il traiter toutes les syphilis? » Celle-ci peut être considérée comme résolue; personne n'admet plus aujourd'hui le traitement par le quinquina. De plus, toutes les syphilis doivent être sérieusement traitées, ne serait-ce que pour cette raison qu'il est impossible de tirer « l'horoscope » d'une syphilis tout d'abord bénigne.

Puis vient le difficile problème du traitement abortif de la syphilis. Pour M. Fournier, il y a peu d'espoir à fonder sur cette méthode; il ne trouve pas, même dans les plus grosses statistiques, de cas réellement probants. Néanmoins, l'excision devra être pratiquée toutes les fois qu'il s'agira d'un chancre jeune, sans induration et « non encore flanqué de son adénopathie satellite ».

Abordant alors le traitement général de la syphilis, M. Fournier passe tout d'abord en

revue les nombreuses substances, végétales ou minérales, qui ont été employées jusque dans ces derniers temps. Puis, après avoir fait bonne justice des accusations calomnieuses portées contre le mercure, il étudie les accidents qui lui sont réellement imputables : effets ptyaliques; troubles gastro-intestinaux; troubles nutritifs et généraux; accidents cutanés.

Le mercure peut être prescrit de quatre manières : ingestion, frictions, injections hypodermiques, fumigations. On trouvera là de très intéressantes pages sur l'historique de ces méthodes. Chacune d'elles a ses avantages et ses indications; mais, dans les cas ordinaires, c'est à la méthode par ingestion qu'il faut donner la préférence; les autres ne devront être employées que dans des cas particuliers.

L'iodure de potassium a une action antisyphilitique des plus puissantes et parfois merveilleuses. Lui aussi, il est vrai, est passible de quelques reproches : coryza, conjonctivite, grippe iodique, douleurs névralgiformes, éruptions cutanées, œdèmes iodiques des voies respiratoires et surtout œdème de la glotte; voilà le revers de la médaille. Mais ces accidents sont trop légers et quelques-uns trop rares pour que l'on hésite à prescrire l'iodure toutes les fois qu'il est indiqué.

M. Fournier étudie ensuite le « traitement mixte »; puis il consacre quelques pages très intéressantes aux essais de séro-thérapie antisyphilitique.

La « direction générale du traitement » et les « médications auxilliaires » forment les deux dernières grandes divisions du livre.

M. le professeur Fournier n'a pas exposé le traitement de tels ou tels accidents de la syphilis et les indications que comportent chacun d'eux. Son but était plus élevé. « Le traitement de la syphilis en tant que diathèse, en tant que maladie chronique », tel était, en effet, le sujet de ses belles leçons.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

La teucrine. — Le professeur V. Mosetig-Moorhof, à qui nous devons l'introduction de l'iodoforme en chirurgie, a proposé récemment de traiter les affections microbiennes par la teucrine. Qu'est-ce que la teucrine? C'est un extrait du *Teucrium scordium,* plante de la famille des Labiées, qu'on rencontre dans toute l'Europe centrale. La teucrine est un liquide brun-noirâtre, de saveur âcre. Elle contient une proportion assez considérable de sulfate acide de chaux.

Partant de ce fait que des affections locales d'origine mycosique sont favorablement influencées par une activité plus grande de la circulation, par la production d'une hyperhémie active, Mosetig a cherché un moyen qui, sans être nuisible à l'organisme, fût capable d'exciter les vaso-moteurs et de provoquer une irritation *loco dolenti.* On sait, en effet, qu'une circulation plus intense met les tissus vivants dans des conditions telles qu'ils peuvent lutter avec plus d'efficacité contre les agents pathogènes.

Mosetig a essayé la teucrine pendant cinq ans avant de livrer ce médicament au public. Il s'en est servi surtout pour la cure des abcès froids. On l'injecte au voisinage du foyer morbide.

Les effets qu'elle produit sont de deux ordres : les uns généraux, les autres locaux. Les

premiers sont primitifs, les seconds consécutifs; autrement dit, on observe d'abord des modifications de l'état général; puis, deux jours seulement après le moment de l'injection, apparaissent des changements dans la région malade. Le médicament amène d'abord une réaction fébrile intense qui persiste de dix à douze heures. Très rapidement, quatre heures au plus tard après l'injection, la température s'élève graduellement à 39°-40°, pour redevenir normal après dix à douze heures. Il existe de petits frissons irréguliers, de l'accélération du pouls. L'état général et les urines ne subissent aucune modification.

Quant aux changements secondaires d'ordre local, ils sont tout à fait remarquables. En quarante-huit heures, une injection de teucrine peut transformer un abcès froid en un abcès chaud; c'est un phénomène constaté plus de deux cents fois par Mosetig. La peau qui recouvre l'abcès rougit; la température locale s'élève; la collection purulente, primitivement indolente, est très sensible à la moindre pression. Si on abandonne les choses à elles-mêmes, on voit, au bout de quelques jours, l'abcès devenir plus petit et les phénomènes phlegmasiques disparaître. Si on incise la collection le troisième jour après l'injection, la cavité se comble et la cicatrisation est terminée en une quinzaine de jours.

Des résultats analogues, également favorables, ont été obtenus par la teucrine dans la cure des adénites tuberculeuse. (*Wiener mediz Blæller*, 1893, p. 86.) — Dr R.

COURRIER

— Il nous arrive d'Angleterre des nouvelles assez intéressantes. Le chirurgien Lawson Tait aurait refusé le titre de *baronnet*, offert par le gouvernement, et l'hygiène ferait de tels progrès qu'il est sérieusement question de créer un *ministère de l'hygiène*, du moins beaucoup de partisans de cette création chercheraient à pousser le gouvernement dans cette voie.

Faculté de médecine de Paris. — Prix de la Faculté à décerner pour l'année scolaire 1892-93. — *Prix Corvisart.* — Le 15 octobre 1893, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés dans une des cliniques de la Faculté ; 2° la réponse à la question proposée.

Concours de 1893. — Question proposée : De la révulsion.

Prix Montyon. — Le prix Montyon (700 francs payables en espèces) est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir. Les mémoires doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Barbier. — La Faculté de médecine décerne, tous les ans, un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix de 2,000 francs est décerné chaque année au meilleur travail des sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — Somme annuelle de 1,000 francs en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté.

Prix Lacaze. — Ce prix de 10,000 francs est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur la fièvre typhoïde.

Legs Jeunesse. — 1° 1,500 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène; 2° 750 francs pour fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. En 1893, les deux prix seront décernés. Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat à la Faculté avant le 1er juillet.

Prix J. Saintour. — Ce prix de 3,000 francs sera décerné, pour la première fois, à la fin de l'année 1893. Le sujet mis au concours est : De la luxation congénitale de la hanche. Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre.

Prix Béhier. — Ce prix biennal de 1,800 francs sera attribué pour la première foix en 1894, à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie. Sujet proposé : Formes de la phtisie pulmonaire. Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1894.

Legs Barkow. — Le revenu annuel est de 3,000 francs; il est affecté à l'entretien de bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1er juillet.

M. Appert (René-Marius), docteur en médecine, est nommé, du 1er février au 30 octobre 1893, chef des travaux d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique médicale (hôpital Necker) à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Marfan, appelé à d'autres fonctions.

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchement.* — M. le docteur Bonnaire reprendra son cours théorique d'accouchement le mardi 14 mars, à cinq heures un quart, et le continuera les jeudis, samedis et jeudis suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants-Assistés. — M. Kirmisson commencera, le vendredi 10 mars, à neuf heures, ses leçons de chirurgie orthopédique, et les continuera les lundis et vendredis suivants. Les leçons de cette année seront consacrées aux maladies du rachis.

— L'Assemblée générale de la Faculté de médecine de Lille, dans sa séance du 16 février, a dressé sa liste de présentations pour les fonctions de doyen.

Elle a présenté :

En première ligne, M. le docteur F. de Lapersonne, professeur de clinique ophthalmologique ;

En deuxième ligne, M. le docteur H. Lescœur, professeur de chimie minérale et toxicologie.

Le Conseil général des Facultés, dans sa séance du 18 février, a dressé sa liste de présentations, qui est la même que celle de la Faculté de médecine.

— Un docteur expérimenté demande à faire des remplacements à Paris et à reprendre une clientèle importante. Il accepterait aussi la *sous-direction* d'une *usine* employant un grand nombre d'ouvriers, avec commandite, à la condition d'y joindre le service sanitaire, ou celle d'une *maison de santé*.

S'adresser à M. de Ferran, 44, rue de Moscou, Paris.

Congrès de Chicago. — Pour les renseignements sur la nature et la date des Congrès, s'adresser à M. Gariel, secrétaire de la Commission, rue Jouffroy, 39, les jeudis et dimanches, de neuf heures à onze heures du matin.

Les Congrès prévus sont groupés dans les grandes divisions suivantes, pour lesquelles les dates ci-après ont été indiquées :

Du rôle social de la femme.. 15 mai
Médecine et chirurgie.. 29 mai
Tempérance.. 5 juin
La morale et les réformes sociales.............................. 8 juin
Sciences mathématiques, physiques et naturelles, philosophie.. 21 août
Questions relatives au travail..................................... 4 septembre
Religion (église, missions, œuvres religieuses)............. 5 septembre
Repos du dimanche.. octobre
Hygiène publique.. octobre

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe, au 1er mars :

Brest : MM. 1. Guézennec; 2. Dubut; 3. F. Kergrohen; 4. Laugier; 5. Vergos; 6. Négadelle.

Cherbourg : MM. 1. Recoules; 2. Negretti; 3. Borély; 4. Deblenne; 5. Fras; 6. Damany; 7. Branelles; 8. Jan; 9. Nollet.

M. le médecin de 2e classe Fossard se rend à Brest pour y embarquer sur la *Naïade.*

Lorient : MM. 1. Durand; 2. Bahier; 3. Colle; 4. Nodier; 5. Thamin; 6. Ropert.

Rochefort : MM. 1. Chasseriaud; 2. de Gouyon de Pontouraude; 3. Dufour; 4. David; 5. Chevalier; 6. Bellot; 7. Julien-Laferrière; 8. Mialaret; 9. Morain; 10. Gorron; 11. Touchet; 12. Palmade; 13. Lassabatie; 14. Planté.

Toulon : MM. 1. Prat; 2. Cartier; 3. Durand; 4. Féraud; 5. Gauran; 6. Ourse; 7. de Bonadona; 8 Amouretti; 9. Cauvet; 10. Aubert; 11. Pons; 12. Jabin-Dudognon; 13. Durbec; 14. Boutin; 15. Couteau; 16. Théron; 17. Alix; 18. Barrême; 19. Curet; 20. Raffaëlli.

Liste d'embarquement et de départ, pour les colonies, des officiers du corps de santé de la marine, au 1er mars :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Geoffroy; 3. Mathis; 4. Duchateau; 5. Bertrand; 6. Dupont; 7. Laugier; 8. de Fornel; 9. Talairach.

Médecins principaux : MM. 1. Frison; 2. Fontorbe; 3. Galliot; 4. Burot; 5. Miguel; 6. Maget; 7. Léo; 8. Vantalon; 9. Ortal; 10. Pascalis; 11. Canoville; 12. Siciliano; 13. Ed. Roux; 14. Cantellauve; 15 Riche.

Médecins de 2e classe : MM. 1. Briend; 2. Onimus; 3. Garnier; 4. Cairon; 5. Palasne de Champeaux; 6. Conan; 7. Vergues; 8. Doublet; 9. Gombaud; 10. Derobert; 11. Chevalier; 12. Martel; 13. Lenoir; 14. Bossuet; 15. Guy; 16. Bonnescuelle de Lespinois; 17. Guilloteau.

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe 1. Tréguier; 2. Castagné; 3. Plouzané; 4. Daliot; 5. A. Reynaud; 6. Clavel.

MM. les médecins de 2e classe 1. Salaun; 2. Le Marchadour; 3. De Moutard; 4. Lorin; 5. Bonnefoy; 6. Duguet; 7. Estrade; 8. Berriat.

Le Gérant ; L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

L'assistance médicale gratuite dans les campagnes

Dans un récent article à propos de l'épidémie de scarlatine de Dubry (Bretagne), nous avons attiré l'attention de nos lecteurs sur la nécessité de l'assistance médicale gratuite dans les campagnes.

La presse médicale nous a suivie dans cette voie. La *Gazette des hôpitaux*, la *Gazette hebdomadaire*, le *Progrès médical* ont suivi notre exemple et nous croyons utile de faire connaître aux médecins les grandes lignes du projet de loi, loi tutélaire, loi de prévoyance et d'intérêt social.

Ce projet de loi, longuement mûri dans les conseils du gouvernement, déjà sanctionné par le vote de la Chambre, se trouve actuellement soumis à l'examen du Sénat.

Au point de vue général, ses conséquences sont considérables.

Donner à la Société les moyens d'accomplir son devoir d'assistance envers les malades pauvres, retenir les ouvriers agricoles dans les campagnes, rétablir le plus rapidement possible les santés atteintes, prévenir et combattre efficacement les épidémies, mieux répartir les ressources hospitalières, mieux employer les fonds que l'Etat, les départements, les communes consacrent au soulagement des malades, tel est le but visé par les pouvoirs publics, tels sont les effets attendus.

La question présente pour le corps médical un intérêt de premier ordre, car les résultats immédiats de l'application des mesures spécifiées dans cette loi tendent inévitablement à fournir à notre activité professionnelle des débouchés nouveaux et très étendus.

En effet, la loi organise, sur toute l'étendue du territoire, l'assistance médicale gratuite à domicile sous la direction d'un service central dans chaque département. Elle institue dans chaque commune un dispensaire où devront être données, aux malades pauvres inscrits sur une liste annuellement dressée par un bureau local d'assistance, des consultations externes, et rattache chaque dispensaire à une infirmerie ou hôpital général chargé de recevoir et d'hospitaliser les malades que les médecins des dispensaires de son groupe ne jugeront pas susceptibles d'être soignés à domicile.

Il ressort, par conséquent, de cette organisation, que, dans chaque commune ou syndicat de commune doté d'un dispensaire, l'on devra s'assurer le concours d'un ou de plusieurs médecins qui, moyennant rétribution fixée par le service départemental, seront chargés des consultations externes et des soins à donner à domicile aux malades pauvres.

Or, si l'on songe que le nombre de ces malades, pour lesquels aucun secours n'est assuré, s'élève d'après les chiffres établis par l'administration de l'intérieur à 400,000, que la partie de la population dans laquelle se trouvent noyés ces malades atteint 18,000,000 d'individus répartis dans 45 départements. L'on voit facilement qu'il s'agit dans un prochain avenir, en dehors des situations à régulariser dans les 44 départements déjà pourvus d'une institution du service analogue, d'une création des plus importantes de postes médicaux dans des centres encore dépourvus de secours de cette nature.

La portée de cette loi est donc considérable au point de vue médical.

En appelant dans ces centres déshérités des praticiens qui, assurés d'une rémunération de leurs services publics pourront trouver dans la clientèle privée le complément de ressources qui leur sera indispensable pour accepter une résidence jusque-là impossible, on aura déjà rendu un signalé service à la population, à la santé publique, à l'hygiène, et l'on aura paré aux fâcheux accidents qui — comme dans le cas récent de ce petit village de Bretagne privé des secours médicaux au milieu des ravages d'une épidémie de scarlatine — ont ému le public et soulevé les critiques plus ou moins heureuses de la presse politique.

Des considérations plus graves encore militent en faveur d'une adoption rapide de ce projet de loi par la Chambre haute.

Le dépeuplement des campagnes préoccupe à juste titre tous ceux qui savent tirer des résultats de la statistique et des enseignements de la démographie leurs conséquences logiques.

Or, il paraît en résulter qu'un des mobiles qui poussent l'ouvrier des champs vers les villes, c'est la certitude d'y trouver pour lui et les siens des secours en cas de besoin.

Il importe, d'autre part, à la société, que les travailleurs dont la production constitue le principal élément de la richesse sociale soient rendus à leur travail le plus rapidement possible lorsqu'ils se trouvent arrêtés dans leur activité par la maladie, et le seul moyen de satisfaire cet intérêt national, c'est de leur assurer les secours médicaux appropriés à leur état.

Ce devoir de réparer l'ouillage humain est rendu encore plus étroit par la diminution constante de l'accroissement de la population. Si la société est impuissante à réaliser par décret l'augmentation des naissances, son action, en ce qui concerne la mortalité, peut, au contraire, être des plus efficaces, et cette action n'est autre que la lutte énergique contre la maladie. Dans cette lutte, les soins médicaux donnés aux pauvres auront des résultats féconds; ils permettront aussi d'empêcher, en les combattant dès leur apparition, le propagation des maladies épidémiques et contagieuses, de généraliser la vaccination et la revaccination, en un mot, de préserver ou réprimer immédiatement toutes ces diathèses transmissibles qui prélèvent encore en France, chaque année, un tribut trop élevé.

La question, comme on le voit, présente un intérêt capital, et nous serions heureux que nos confrères de la presse médicale voulussent s'emparer à leur tour de ce sujet, et, joignant leur voix à la nôtre, témoigner de l'importance que le corps médical tout entier attache à la réalisation des sages mesures conçues par le pouvoir exécutif, ratifiées par une partie du Parlement.

Certes, on nous laisse entendre que des raisons de haute politique, auxquelles les considérations électorales ne seraient pas étrangères, garantissent la promulgation de la loi à bref délai, mais on ne peut oublier que la clôture de la législature actuelle est imminente ; le temps presse donc et l'on ne saurait trop insister pour que le Sénat mette enfin en délibération cette loi impatiemment attendue.

REVUE DE L'HYGIENE

Bacilles de la fièvre typhoïde. — La bactériologie occupe toujours le premier rang dans les préoccupations de l'hygiène et la première place dans les discussions des Sociétés savantes. Ce sont surtout les microbes des grandes maladies infectieuses, et en particulier celui de la fièvre typhoïde, qui attirent l'attention. On se souvient encore de la discussion qui eut lieu l'an dernier, au sujet du *bacille de Gaffky* et du *bacterium coli commune*; elle a été reprise récemment en Belgique par le docteur Malvoz, et, en Allemagne, par le docteur William Dunbar, assistant à l'Institut d'hygiène de Giessen. En France, Mr Gilbert a entretenu la Société de biologie des expériences qu'il a faites pour démontrer la virulence du bacille du colon. Ces questions seront traitées plus tard dans ce journal avec les développements que leur importance comporte; nous n'en dirons rien aujourd'hui, parce qu'elles ne sont pas du ressort de l'hygiène. La bactériologie ne l'intéresse que par ses applications pratiques, et c'est à ce titre que nous allons parler des recherches faites récemment sur la transmission de la fièvre typhoïde par les boissons qui renferment son microbe.

La présence du bacille de Gaffky dans les eaux a été constatée tant de fois qu'elle ne peut pas faire l'ombre d'un doute ; mais il avait été tout aussi universellement reconnu que l'épuration naturelle des eaux, par leur filtration à travers le sol, les débarrassait complètement, et que l'eau d'égout, versée sur les champs d'épandage, pouvait être bue impunément, après avoir traversé une couche de terre ou de sable de 2 mètres d'épaisseur. L'analyse bactériologique de l'eau des drains de Gennevilliers faite par M. Miquel, a démontré qu'elle renferme deux fois moins de bactéries que celle de la Vanne et onze fois moins que celle de la Dhuys. Les expériences de Frankland, celles de MM. Chantemesse et Widal ont prouvé que les bacilles ne traversent pas le sol; celles de M. Grancher ont démontré que celui de la fièvre typhoïde n'y pénètre pas à plus de 40 centimètres de profondeur. Dans tous les pays où on pratique l'épandage, on a noté l'excellent état hygiénique des populations du voisinage, et cependant ce fait a été récemment remis en question à la Société de médecine berlinoise (1), à l'occasion d'une communication faite par Virchow, son président. Il s'agissait de la distinction à établir entre le *choléra indien* et le *choléra nostras*, et, par un enchaînement d'idées qu'on ne saisit pas très bien, M. Schäfer vint affirmer que les cas de dothiénentérie observés sur les champs d'épandage étaient certainement dus à l'ingestion de l'eau sortant des canaux de drainage. Il en concluait que ces champs, loin de contribuer à l'assainissement de Berlin, constituaient un véritable danger pour la santé des habitants qui résident dans le voisinage.

(1) Séance du 8 février 1893, présidence de M. Virchow.

Cette assertion a paru bien étrange aux membres de la Société berlinoise qui connaissent tous les champs d'épandage de la ville, les belles récoltes de légumes et de fruits qu'on y fait chaque année et les magnifiques prairies qu'on y voit. Ils savent également que les 1,800 personnes que la ville y occupe se portent à merveille ainsi que la population des villages voisins qu'on y a établi un asile de convalescents et l'école des cadets (1). Cependant, la question fut discutée à la séance suivante (2), et MM. Firbringer, Guttmann, Klemper vinrent protester contre les assertions de M. Schäfer. Virchow, prenant la parole à son tour, a montré qui les cas de fièvre typhoïde, observés par ce médecin sur les terrains de Malkow, avaient été causés par l'ingestion de l'eau d'un puits contaminé par les souillures de la rue et non par celles des drains de l'épandage. Il a terminé sa communication par les conclusions suivantes : « La dothiénentérie n'a sévi dans aucun des pays pourvus de champs d'épandage. « Tant que l'état sanitaire de ces villages restera supérieur à celui des villes voisines « nous serons en droit de dire que le systè m des champs d'épandage est supérieur à « tous les autres modes d'évacuation des vidanges. Je viens de recevoir la dernière ana- « lyse qui ait été faite de l'eau de drainage, on n'y a pas trouvé le bacille d'Eberth. » (*Semaine médicale*, nº 11, p. 84.) Cette fois, la cause est entendue.

Le lait et le beurre agents de transmission des maladies contagieuses. — On a constaté, en Angleterre, des faits de transmission de la scarlatine par le lait additionné d'eau prise dans des mares où l'on avait lavé des vêtements ayant appartenu à des scarlatineux. Au mois de novembre dernier, les docteurs Goyon, Bouchereau et Fournial ont publié l'histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à Clermont-Ferrand, pendant les mois de décembre 1891 et de janvier 1892, et dont le point de départ avait été une laiterie située sur la route de Beaumont. Cette laiterie, fort mal tenue, renfermait douze vaches; le propriétaire et sa famille logeaient dans un angle de l'étable, séparés des animaux par une simple cloison. Le propriétaire et sa femme furent atteints les premiers; leurs déjections furent jetées sur le fumier de l'écurie dans le fond de laquelle se trouvait un puits creusé dans un sol perméable et recevant les infiltrations du purin. L'eau de ce puits servait très vraisemblablement à laver les vases et à couper le lait. Toujours est-il que l'épidémie se répandit comme une traînée de poudre à partir de cette ferme jusqu'à Clermont-Ferrand. Sur 23 cas, 18 se montrèrent dans la clientèle du laitier et 6 furent suivis de mort. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. XIV, p. 993.)

Une observation ayant quelque analogie avec celle-là a été publiée plus récemment par le docteur Gaffky. Il s'agit de trois cas d'*entérite infectieuse* survenus à l'Institut d'hygiène de Giessen, chez des personnes qui avaient bu du lait souillé par les déjections d'une vache malade. L'affection ainsi contractée présenta les signes de la fièvre typhoïde, mais aucun des cas ne fut mortel. M. Gaffky croit que le microbe, cause de cette infection, n'était autre que le *bacillum coli commune* sous une forme particulièrement grave et virulente, bien qu'à première vue, sa grande mobilité et ses effets graves sur les souris pussent faire penser qu'il s'agit d'un microbe différent (*Revue internationale des falsifications*). Cela prouve une fois de plus qu'il est indispensable de faire bouillir le lait pendant quelques minutes avant de le consommer. Il est bien reconnu, du reste, que l'ébullition ne lui enlève pas ses qualités nutritives, comme on le croyait autrefois, et qu'elle augmente, au contraire, sa digestibilité.

Le *beurre* peut être également l'agent du transport des maladies contagieuses. La

(1) A. Proust. (*Progrès médical*, 25 mai 1888.)
(2) Séance du 13 février 1893.

dernière épidémie cholérique a appelé sur lui l'attention. En Allemagne, M. Hugo Laser a étudié la façon dont les germes des diverses maladies se comportent à son égard. Il ressort de ses recherches que les dangers de propagation des affections contagieuses par cette substance ne sont pas aussi grands qu'on le dit. Ainsi, Heim avait trouvé que les germes du choléra, du typhus et de la tuberculose conservaient leur vitalité, dans le beurre, pendant trois ou quatre semaines; Laser a constaté, au contraire, que les bactéries du choléra ont disparu de la graisse au bout de cinq jours et du beurre au bout de huit jours. On ne trouve pas davantage les bacilles du typhus et de la tuberculose dans le beurre où on en a mélangé de grandes quantités huit jours auparavant. Cela n'est rassurant que dans une certaine mesure, car, d'habitude, le beurre est consommé moins de huit jours après sa fabrication (*Cosmos*, numéro du 25 février 1893, p. 422).

Eruption vésiculaire des deux mains provoquée par des gants rouges. — On a souvent signalé des éruptions eczémateuses causées par des bas et par des flanelles rougis à l'aide de la *fuchsine* arsenicale. Le docteur Puy le Blanc (de Royat) vient de rendre compte, dans la *France médicale*, d'une éruption vésiculaire analogue survenue, en une nuit, sur la face dorsale des deux mains, chez un homme de 72 ans, et provoquée par le port, pendant huit heures consécutives, et par un temps très chaud, de gants de peau rouge. Une enquête faite connue fabricant lui a prouvé que ces gants avaient été teints à l'aide d'une substance chez le dans le commerce sous le nom d'*aurantia.*

L'aurantia est un *hexanitrodiphénylamine.* Il s'obtient en faisant réagir l'acide nitrique sur la *dysphénylamine*; il donne une très belle couleur jaune orangé qu'on fait passer au rouge en y ajoutant un peu de *fuchsine*. L'*aurantia* cause des accidents de vésication sur la peau des mains et du visage chez les ouvriers employés à la teinture. On en a traité des cas à l'hôpital de Bâle. On ne peut incriminer que l'*aurantia*, la fuchsine étant employée en trop petite quantité pour produire un effet quelconque (*France médicale*, numéro du 3 mars 1893).

La conclusion à tirer de ce fait c'est qu'il faut se défier des teintures rouges, qu'elles aient été obtenues par l'*aurantia* ou par la *fuschine*.

Le dispensaire de la place du Danube. — Cet établissement a été inauguré le 26 février dernier et ouvert le lendemain. Il a été créé par les comités républicains des quartiers d'Amérique et de la Villette, avec l'appui du Conseil municipal de Paris. Il en existait déjà un dans le IXe arrondissement, celui de la rue Jomard, mais il était trop éloigné du quartier d'Amérique pour que les enfants qui l'habitent puissent s'y rendre facilement, tandis qu'ils sont tous près de la place du Danube. On ne saurait trop approuver la fondation de nouveaux dispensaires. Ce sont des établissements utiles au premier chef et qui complètent, de la façon la plus heureuse, l'assistance hospitalière.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Suture du nerf cubital pour une blessure de ce nerf remontant à plus de quatre mois; retour presque immédiat de la sensibilité.

M. BERGER : Il y a quinze jours à peine se présentait à la consultation de l'hôpital Lariboisière une petite fille d'une dizaine d'années qui, au mois d'octobre dernier, avait été blessée par un éclat de verre dans la région cubitale de l'avant-bras gauche. Aussitôt

étaient apparus tous les phénomènes qui indiquent une section du nerf cubital; ces troubles, depuis lors, n'avaient fait que s'aggraver.

Le petit doigt était privé d'une notable partie de ses mouvements; les muscles de l'éminence hypothénar étaient paralysés. On pouvait constater une atrophie musculaire complète non seulement de ces muscles, mais des interosseux et de l'adducteur du pouce. Des troubles trophiques manifestes, sueurs locales, état violacé et lisse de la peau, occupaient les deux derniers doigts et le bord cubital de la main. Il y avait de la tendance à la production de la griffe cubitale. Enfin, il existait une anesthésie absolue de tout le territoire innervé par le nerf cubital. Ce phénomène était tellement apparent qu'il avait frappé la petite malade et sa mère, et que c'était lui principalement qui avait déterminé cette dernière à demander un conseil.

A l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la face antérieure de l'avant-bras, une cicatrice de 6 centimètres environ coupait obliquement la région cubitale. Cette cicatrice, adhérente aux parties profondes, était assez sensible à la pression.

Le 27 février, je pratiquai la recherche, l'avivement et la suture des extrémités du nerf divisé. Il me fut aisé de trouver le bout supérieur de ce nerf que je suivis jusqu'à un renflement, sorte de névrome cicatriciel, par lequel il se terminait au niveau de la cicatrice. A partir de ce point, la continuité du nerf était représentée par un cordon d'apparence fibreuse, plus grêle, plus grisâtre que le nerf lui-même, qui suivait son trajet anatomique et venait aboutir, au bout d'un centimètre environ, à un autre renflement névromateux. Ce dernier, moins volumineux que le supérieur, se continuait avec le bout inférieur du nerf cubital, facilement reconnaissable mais manifestement dégénéré.

J'isolai les deux extrémités nerveuses, les névromes qui les terminaient, le cordon fibreux qui réunissait ceux-ci ; je sectionnai alors transversalement les deux névromes à peu près à leur jonction avec les bouts supérieur et inférieur du nerf qui s'y terminaient et je les enlevai avec le cordon fibreux qui les réunissait. Un espace de plus d'un centimètre séparait alors la surface de section du bout supérieur du nerf cubital de la surface de section de son bout inférieur, et pour amener les extrémités divisées au contact, il était nécessaire de fléchir assez fortement le poignet sur l'avant-bras.

Pendant qu'on maintenait le poignet dans cette attitude, quatre points de suture furent passés avec de la soie très fine du bout supérieur au bout inférieur. Ces quatre points de suture furent longitudinalement disposés sur les quatre côtés du cylindre nerveux, comprenant la gaine fibreuse et les fibres les plus superficiels du nerf lui-même. Ils furent aussitôt serrés de manière à amener et à maintenir au contact les surfaces d'avivement des bouts supérieur et inférieur. Après réunion de la plaie superficielle, le membre fut maintenu dans la flexion de la main sur l'avant-bras au moyen d'un appareil plâtré.

A part l'apparition d'un érythème assez intense dû au salol, les suites de l'opération furent simples et ne méritent aucune mention particulière. Mais, dès le surlendemain de l'opération, mercredi 1er mars, on pouvait constater le retour presque complet de la sensibilité dans le bord cubital de la main et aux deux doigts innervés par le nerf cubital. Le 3 mars, le retour de la sensibilité était complet, il ne faisait aucun doute pour l'opérée et sa mère.

La cicatrice nerveuse extirpée a été soumise à l'examen de M. Cornil, qui m'a remis, à ce propos, la note suivante :

« Les deux névromes ont été examinés sur des coupes après le durcissement dans l'alcool. Les préparations colorées au carmin et à la safranine ont montré des faisceaux de tubes nerveux grêles dont le cylindre-axe était le plus souvent bien coloré,

mais dont on ne voyait que rarement et assez mal l'enveloppe de myéline, très mince lorsqu'on pouvait l'apercevoir. Ces faisceaux nerveux étaient sectionnés, les uns suivant leur longueur, les autres transversalement. Ils étaient donc en forme de tourbillon et irrégulièrement disposés dans les deux névromes. Un tissu conjonctif dense, très riche en petites cellules ovoïdes, les entourait. Les tubes nerveux présentaient eux aussi un grand nombre de petites cellules ovoïdes le long de leur trajet.

« Sur les coupes longitudinales, on constatait le plus souvent que ces tubes étaient par quatre ou cinq, les uns à côté des autres, formant un faisceau de tubes parallèles séparé des fibres voisines par une bande de tissu fibreux ; mais sur les coupes transversales, il était beaucoup plus facile d'observer cette disposition. On voyait là, en effet, quatre, cinq ou six petits tubes grèles, pourvus de cylindres-axes, au contact les uns des autres, entourés par une même membrane de Schwann. Une série d'îlots de même nature, circulaires, assez réguliers, étaient disposés les uns à côté des autres sur une même coupe transversale de tissu nerveux. On sait, depuis les recherches de Ranvier, que l'extrémité supérieure des nerfs sectionnés porte de nombreux cylindres-axes de nouvelle formation résultant de la division et de la poussée nouvelle des cylindres-axes coupés ; ces cylindres-axes pénètrent en assez grand nombre, accolés les uns autres, dans les gaînes de Schwann, anciennes et vides après la dégénération des tubes nerveux au-dessous de la section. Tel était le phénomène que nous avions sous les yeux dans ces névromes.

« Nous avons essayé de colorer par l'acide osmique la myéline des tubes nerveux, mais sans résultats bien net, parce qu'ils avaient été mis primitivement dans l'alcool. »

Ce fait vient s'ajouter aux cas de MM. Tillaux, Nicaise, Polaillon, Segond, dans lesquels l'avivement et la suture des extrémités de nerfs sectionnés depuis un temps fort long et dont la section avait déterminé l'anesthésie des territoires innervés par ces nerfs, ont été suivis de la réapparition presque immédiate de la sensibilité dans ces mêmes territoires (au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, Tillaux, Nicaise ; cinq heures, Polaillon ; un quart d'heure, Segond). La difficulté d'interprétation que présente ce retour rapide à la sensibilité, qu'on ne saurait expliquer ni par la sensibilité collatérale, ni par la sensibilité recurrente, ne rend que plus nécessaire la constatation précise de faits de cet ordre. C'est à ce point de vue que, sans prendre parti ni pour la théorie de la réunion primitive des tubes nerveux, ni pour la théorie dynamogénique, par lesquelles on a cherché à expliquer ces phénomènes, j'ai tenu à vous communiquer l'observation précédente.

— Le comité secret, qui a eu lieu à la fin de la séance pour dresser la liste des candidats au titre de correspondant national, a présenté la liste suivante :

En première ligne, M. Liétard (de Plombières); en deuxième, M. Costa (d'Ajaccio); en troisième, M. Layet (de Bordeaux); en quatrième, M. Alison (de Baccarat); en cinquième, M. Jablonski (de Poitiers).

Le service militaire des étudiants en médecine

Vendredi dernier, 3 mars, M. le Ministre de la Guerre a bien voulu recevoir les membres de la Commission nommée par l'Association de la Presse médicale pour l'étude de la question du service militaire des étudiants en médecine.

M. le Ministre a promis de faire étudier la question par les bureaux compétents et a donné l'assurance qu'il était résolu à entrer dans la voie indiquée par l'Association de la Presse médicale.

Le rapporteur de la Commission a déposé alors sur le bureau de M. le Ministre un rapport dont nous donnons les parties principales.

Monsieur le Ministre,

Dans sa réunion du 13 février 1893, tenue sous la présidence de M. le professeur Cornil, sénateur de l'Allier, l'Association de la Presse médicale a voté, à l'unanimité des membres présents, la proposition suivante, relative au service militaire des étudiants en médecine.

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecins*, leurs études médicales terminées; ils devront être docteurs ou internes nommés au concours, dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de 27 ans ».

De l'adoption du vœu que nous vous présentons, et que nous vous prions de vouloir bien examiner, dépendent, en effet, et la vie de nos soldats exposés aux balles ennemies et l'avenir de nos armées, au jour d'une déclaration de guerre.

C'est l'intérêt suprême de la Patrie qui est ici en jeu; et si jamais la devise : *Si vis pacem, para bellum*, a pu être citée dans une question militaire, c'est certes le cas de la rappeler encore à cette occasion.

Aussi serait-il superflu d'insister trop longuement devant vous sur l'immense *préjudice* apporté aux études médicales par le système actuellement en vigueur. En effet, par suite de l'âge (19 ans) auquel l'étudiant en médecine se fait inscrire d'ordinaire dans une Ecole ou une Faculté, et de la nécessité où il est de partir comme soldat à 21 ans, il y a interruption forcée dans le cours de ses études. Ce temps d'arrêt est très préjudiciable à l'élève qui, pendant l'année qu'il passe au régiment, abandonne toute habitude de travail intellectuel et oublie en partie les matières précédemment apprises. En réalité, à sa rentrée à l'Université, il a souvent perdu le fruit de plus d'une année d'études.

Nous croyons plus urgent et plus utile d'envisager la question *au seul point de vue militaire*, l'intérêt de notre armée devant évidemment primer toute autre considération.

L'obligation de faire actuellement une année de service comme soldat, dans un régiment d'infanterie, ne se justifie pas pour les étudiants en médecine au point de vue exclusivement militaire, cela pour plusieurs raisons.

1° L'étudiant en médecine, du fait de son inscription à une Ecole ou Faculté, est, d'office, en cas de guerre, un soldat qui n'ira jamais au combat. *Il ne sera jamais un combattant.* Même, si la guerre éclatait aujourd'hui, pendant qu'il fait son année de service, l'étudiant serait immédiatement *désarmé* et versé dans une section d'infirmiers ; le règlement est formel.

Il y a donc là des conditions spéciales sur lesquelles on ne saurait trop insister. Les médecins sont, en effet, les seuls qui, pendant la période de temps qu'ils doivent à la Patrie et pendant la durée d'une guerre, soient aptes à remplir les mêmes fonctions que celles qu'ils exerçaient dans la vie civile. Les élèves d'une autre École (Polytechnique, Normale, Centrale) ne sauraient être placés sur le même pied que les étudiants en médecine, et le corps de santé militaire est la seule arme qui présente un pareil caractère distinctif

Pourquoi, dès lors, donner l'instruction du futur combattant à celui qui ne combattra jamais, à celui qui n'a pas le droit de combattre — puisqu'il est neutralisé en temps de guerre par la Convention de Genève — à celui qui, à supposer qu'il pût sauver une armée et même son pays en tirant un seul coup de fusil, n'aurait pas le droit de le faire?

L'étudiant en médecine se trouve donc placé dans de toutes autres conditions que ses camarades des grandes Écoles du Gouvernement ?

2° D'autre part, alors même que l'étudiant apprend pendant un an le métier de combattant, tout ce qu'il a à apprendre — et il assimile vite, en raison de ses études anté-

rieures — tout ce qu'il a appris, ne lui ouvre plus tard aucun droit au commandement de la troupe, quand il aura été nommé médecin de réserve.

3° L'étudiant en médecine, pendant son année de service militaire, ne s'initie pas aux difficultés du métier qu'il sera tenu d'exercer à la déclaration de guerre. Il faut à tout prix les lui faire connaître, les lui apprendre. Aussi, l'Etat et l'Armée doivent-ils lui accorder toutes facilités pour qu'il puisse acquérir au plus vite le grade de docteur en médecine et, partant, devenir pour eux toute autre chose qu'une non-valeur.

4° Il est une dernière considération qu'il importe au plus haut point de ne pas passer sous silence. Chacun sait qu'en cas de guerre, le nombre de médecins disponibles *se trouvera très insuffisant*. Or, en accordant aux étudiants la faculté de ne servir un an qu'après leur cinquième, sixième ou septième année d'études, après l'obtention de leur doctorat ou du titre d'interne, on augmentera sensiblement le nombre des médecins-aides-majors de 2e classe de réserve.

Et ce surplus, ce contingent nouveau de médecins de la réserve (le chiffre en sera très respectable) viendra très utilement renforcer le cadre actif, en temps de paix, des médecins de l'armée régulière. Tout cela est de capitale importance, car personne n'ignore que ce cadre actif est aujourd'hui notoirement insuffisant, principalement en aides-majors, et que cette insuffisance même est telle que le service régimentaire et surtout le service hospitalier se trouvent presque compromis.

En terminant, nous voudrions insister sur la nécessité absolue d'autoriser légalement les internes, reçus au concours dans une ville où il y a une Faculté de médecine, à jouir des mêmes prérogatives que les docteurs. L'Armée a, en effet, le plus grand intérêt à incorporer tous les internes le jour de la mobilisation avec le titre de médecins traitants (cest-à-dire d'officiers) et non plus de médecins auxiliaires (c'est-à-dire sous-officiers); car, voici qui deviendrait grave si l'on ne voulait entrer dans cette voie : la direction et le commandement appartenant toujours de droit à l'officier ayant le grade le plus élevé ou étant le plus ancien dans le grade le plus élevé, le commandement et la direction des hôpitaux de campagne passeraient forcément aux médecins territoriaux les moins instruits et les moins capables, parce qu'ils sont les plus anciens, parce que l'ancienneté de service compte pour beaucoup dans l'obtention de l'avancement, et parce que l'interne sera nécessairement toujours de deux à trois ans en retard sur un camarade d'études qui n'aura pas passé par l'internat. Il en résulterait un réel préjudice et pour le Corps de santé et pour l'Armée, le moins digne commandant au plus digne.

Et c'est pour les raisons que nous venons d'exposer, et en raison de bien d'autres considérations sur lesquelles nous n'avons pas pu nous appesantir, que notre Commission, au nom de l'Association de la Presse médicale, vous prie de vouloir prendre en considération le vœu qu'elle a l'honneur de vous soumettre et qui est ainsi formulé :

« *Les Étudiants en médecine feront leur service militaire comme* médecins aides-majors de 2e classe de réserve, *leurs études médicales terminées. Ils devront être docteurs ou internes, nommés au concours dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de 27 ans.* »

BIBLIOTHÈQUE

Considérations générales sur le traitement des maladies du foie, par le docteur Dujardin-Beaumetz. — Paris, O. Doin, 1893.

Dans ces leçons, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a appliqué les principes de la clinique thérapeutique qui ont rendu son enseignement si utile aux élèves et l'ont déjà fait suivre par de nombreuses générations médicales.

Au début, l'auteur expose la physiologie du foie et l'étudie successivement comme destructeur des poisons, puis comme organe biliaire, ensuite comme producteur du sucre et, enfin, comme glande sanguine. Il appelle surtout l'attention sur le foie antiseptique, c'est-à-dire sur le foie destructeur non seulement des poisons minéraux, mais encore des alcaloïdes végétaux et organiques.

Une leçon est consacrée au traitement des cirrhoses et le volume se termine par l'exposé de celui des kystes hydatiques qui s'est beaucoup perfectionné dans ces dernières années.

Les praticiens trouveront, dans ce nouvel ouvrage du savant médecin de Cochin, les qualités de clarté et le haut sens clinique qui ont fait de lui un de nos meilleurs thérapeutes.

MANUEL D'EXPLORATION CLINIQUE ET DE DIAGNOSTIC MÉDICAL, par E. SPEHL, 2e édition. Paris, O. Doin, 1892.

L'auteur a réuni en un seul volume, en condensant autant que possible son travail, tout ce qui a rapport à l'examen des malades et au diagnostic médical, c'est-à-dire qu'il a donné les règles de l'examen chimique des urines, du sang, des vomissements, aussi bien que celles de la percussion, de la palpation et de l'auscultation. On trouvera même, dans ce *Manuel*, des indications relatives à l'ophtalmoscopie, à la rhinoscopie, à l'otoscopie, à l'examen de l'utérus et de ses annexes.

M. Spehl s'était tracé un programme des plus vastes, on peut dire qu'il a su le remplir et que, bien qu'il y ait quelques points un peu sacrifiés, l'étudiant trouvera, dans son volume, un grand nombre de ces indications pratiques dont il a besoin chaque jour.

Nous adresserons, cependant, quelques critiques à la partie relative à l'urologie, qui est vraiment trop écourtée. L'examen clinique des urines a acquis trop d'importance pour qu'il soit permis désormais de l'exposer d'une façon succincte.

Un grand nombre de figures et de tableaux schématiques ajoutent encore à la valeur de l'ouvrage.

PETITE CHIRURGIE DE JAMAIN (7e édition), par F. TERRIER et M. PÉRAIRE. Paris, Alcan, 1893.

Bien que le plan général de l'ancien ouvrage de Jamain, déjà si discrètement et si bien remanié par le professeur Terrier, soit conservé dans la nouvelle édition qu'il nous en présente avec la collaboration du docteur Péraire, nous pouvons dire que c'est un livre presque entièrement nouveau que nous avons sous les yeux.

A signaler tout particulièrement les chapitres intitulés : De la méthode antiseptique; de la méthode aseptique. — Précautions à prendre avant les opérations : antisepsie de la salle d'opérations; désinfection du malade; antisepsie du chirurgien et de ses aides. — Stérilisation de l'eau, des instruments, des objets de pansement.

Tout cela forme un manuel parfait de l'antisepsie.

Les auteurs ont reproduit avec d'heureuses modifications la partie consacrée aux bandages. L'application si facile des bandes de tarlatane mouillée fait trop négliger aux jeunes l'étude de la bonne contention des pièces de pansement, c'est cependant un facteur important du succès opératoire.

A signaler encore les chapitres nouveaux consacrés : au tamponnement des cavités naturelles, à la greffe cutanée, à l'antisepsie des voies urinaires, etc., etc.

En résumé : ouvrage excellent, absolument au courant des progrès les plus récents de la chirurgie, que tout médecin, tout étudiant doit avoir dans sa bibliothèque pour le

consulter au cas où la mémoire lui ferait défaut, car il devra le lire et le méditer jusqu'à ce qu'il le possède à fond.

Nos compliments à l'éditeur pour avoir conservé son format commode à un livre qu'il a su habiller coquettement.

GUIDE PRATIQUE DES MALADIES MENTALES. *Séméiologie, Pronostic, Indications,* par le Dr Paul SOLLIER, ancien interne des hôpitaux et des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris. G. Masson, éditeur. Paris, 1893. 1 volume cartonné, raisin diamant, 5 francs.

Ecrire un livre qui donne au médecin praticien le moyen, sans notions spéciales de médecine mentale, de remonter d'un trouble mental quelconque aux autres phénomènes qui lui permettront, par leur groupement, d'établir le diagnostic de la forme nosographique à laquelle il appartient, et, par suite, de prévoir l'évolution de cette forme et de prendre les mesures que nécessitent le traitement du malade, sa sécurité et celle de son entourage, tel a été le but de l'auteur. — Ce n'est donc *ni un manuel ni encore moins un traité des maladies mentales ;* le petit volume que nous présentons ici au public médical s'adresse exclusivement aux médecins praticiens ou aux débutants dans l'étude des maladies mentales.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

Incarcération de la vésicule biliaire dans une hernie épigastrique. — L'observation suivante, peut-être unique de son espèce, a été communiquée par Lang à la Société médico-pharmaceutique de Berne :

Une femme est prise subitement, dans la nuit du 6 au 7 juillet 1892, de douleurs abdominales et de vomissements incessants. Un médecin pratique aussitôt la réduction d'une hernie sus-ombilicale. Néanmoins, les accidents continuent, le ventre se ballonne, la constipation devient opiniâtre, l'émission de gaz par l'anus est totalement supprimée.

La malade entre à la clinique de Kocher le 9 juillet. Le ventre est douloureux partout, mais il existe un point particulièrement sensible au-dessus de l'ombilic, au niveau duquel on sent une tuméfaction aplatie, mate à la percussion. On crut à la réduction en masse d'une hernie ombilicale de l'intestin. Kocher fit immédiatement la laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen, il découvre, au-dessus de l'ombilic, un sac volumineux, ressemblant à un sac herniaire. On l'incise avec précaution ; il s'en écoule un mucus jaune verdâtre. Le sac est refermé à l'aide d'une pince à forcipressure, et, pour s'orienter plus complètement, on attire à l'extérieur l'estomac et le côlon. On reconnait alors que le sac, long de 24 centimètres et ayant une circonférence de 16 centimètres, se prolongeait vers la face inférieure du foie, à laquelle il était intimement uni. Kocher reconnut qu'il avait affaire à la vésicule biliaire, extirpa un calcul et réussit, malgré de grosses difficultés, à faire la cholécystectomie. Drainage de la plaie abdominale. Guérison sans encombre.

Une anamnèse recueillie avec plus de soin permit d'avoir les renseignements suivants émanés du médecin qui avait vu le malade au début des accidents. Il existait primitivement une tumeur cylindrique dure, uniformément lisse, longue de 20 centimètres

environ qui faisait saillie immédiatement sous la peau à 4 centimètres au-dessus de l'anneau ombilical. A la palpation, cette hernie de la ligne blanche donnait l'impression « d'un bras d'enfant, le poing fermé ».

Dans la discussion soulevée par ce fait rare, Courvoisier a fait remarquer que, jusqu'à présent, la vésicule biliaire n'avait pas été rencontrée dans une hernie épigastrique, mais Skey l'a trouvée (*Med. Times and Gaz.*, 1862, 22 mars) dans une hernie crurale étranglée. (*Correspondenzbl. f. schw. Aerz.*, 1893, n° 2). — Dr R.

Tumeur de l'os hyoïde. — Spisharny a observé le cas suivant que nous relatons à cause de la rareté des tumeurs de l'os lingual.

Un homme de 25 ans portait au côté droit du cou, immédiatement sous le maxillaire inférieur, une tumeur dure, bosselée, mobile sous la peau intimement adhérente à l'hyoïde, dont elle suivait tous les mouvements. Le larynx était refoulé à gauche. Par la bouche, on sentait, vers la base de la langue, une tumeur du volume d'une noix, offrant des caractères analogues à la précédente. Déglutition difficile, voix enrouée, dyspnée pendant le décubitus dorsal. La tumeur fut enlevée par la voie cervicale, et on réséqua la moitié droite de l'os hyoïde. Guérison.

La tumeur, de forme irrégulière, mesurait 7 centimètres sur 6. Entourée par une capsule conjonctive, elle se composait d'une couche corticale, dure, translucide et d'un noyau mou. L'écorce était formée de cartilage hyalin, le centre renfermait une subtance hyaline en voie de dégénérescence. Il s'agissait donc d'un chondrome. (*Deutsch mediz Woch.*, 1892, n° 38.) — Dr R.

COURRIER

Les journaux politiques eux-mêmes s'occupent de la question des patentes médicales et trouvent leur augmentation un peu injuste. Un de nos confrères faisait même, dans une feuille des plus répandues, le curieux rapprochement suivant. Les patentes vont être augmentées, c'est très bien; mais la clientèle s'accroît-elle dans les mêmes proportions? Non, répondait-il, au contraire. Il est même à remarquer qu'aujourd'hui les consultations gratuites enlèvent beaucoup de clients au cabinet du médecin. Sans donc parler des soins que chaque docteur donne à toute occasion gratuitement et qui devraient le faire ménager par le fisc, c'est bien mal choisir, pour augmenter la patente, que le moment où la consultation gratuite diminue les revenus du praticien.

— Le *Montreal medical Journal* nous rapporte l'exemple d'une somme colossale réclamée par un docteur américain pour une opération courante. Ce spécialiste n'aurait pas craint de demander 2,000 dollars pour avoir pratiqué l'intubation dans un cas de diphthérie. Le client trouvant le salaire un peu exagéré se soumit cependant à l'arbitrage de trois médecins, qui décidèrent que ces honoraires n'étaient nullement exagérés.

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 1re classe Damany est désigné pour servir à la Guadeloupe, ainsi que M. le médecin de 1re classe Chassériaud.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

ETUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA MYOPIE

Par M. Valude.

L'œil myope est caractérisé, au point de vue anatomique, dans les cas typiques, par un excès de longueur de son axe antéro-postérieur et, optiquement, par ce fait que les rayons lumineux incidents parallèles ne se réunissent pas en foyer sur la rétine, mais en avant de cette membrane; en d'autres termes, et par définition, le punctum remotum ou point d'adaptation n'est pas à l'infini comme dans l'œil emmétrope; il est à une distance finie et rapprochée qui varie avec le degré de la myopie.

Mais, connaît-on la myopie par cela seul que l'on connaît sa définition optique et la marche des rayons lumineux dans un œil myope ?

La myopie est plus qu'une déformation géométrique du globe, c'est une maladie qui a une évolution propre, des accidents et des complications. Et le traitement ne consiste pas seulement à donner aux myopes des verres correcteurs appropriés à leur degré d'amétropie, il y a un traitement prophylactique de la maladie qui est de la plus haute importance, il y a aussi un traitement des accidents et des complications.

C'est la myopie envisagée comme maladie, et non plus seulement au point de vue optique pur, dont il sera question ici.

L'étiologie de la myopie n'est pas encore établie dans tous ses points. Tout d'abord, il est certain que la myopie n'est pas congénitale, au sens propre du mot, bien qu'elle soit héréditaire. L'œil, ordinairement, en effet, n'est pas myope à la naissance, et c'est pendant les années de la première enfance que l'amétropie, en quelque sorte latente deviendra manifeste. On hérite donc d'une prédisposition à la myopie, mais seulement d'une prédisposition. Et, à propos de cette question de l'hérédité, on ne peut oublier qu'il y a déjà quelques années, sous l'influence des travaux de l'illustre Darwin, on a donné de l'œil myope une interprétation qui, pour être plus originale que scientifique, peut-être, ne doit pas être passée sous silence.

On sait, en effet, que la plupart des animaux supérieurs sont doués d'hypermétropie; les individus qui vivent à l'état de nature, les sauvages, sont également plutôt hypermétropes ou emmétropes, mais pas myopes. La myopie naît avec la civilisation et croît avec elle dans une proportion assez exacte avec le développement des travaux intellectuels et, partant, rapprochés. L'hérédité accroît la disposition à la myopie dans les milieux où, de génération en génération, les occupations intellectuelles, les travaux rapprochés sont la règle. De ces faits, on a conclu que l'œil myope était un œil perfectionné par évolution spontanée progressive, on a dit qu'il était « l'œil de l'avenir ». Pour ceux qui ont adopté pour l'œil la théorie du transformisme, l'hypermétropie, l'emmétropie, la myopie seraient trois stades successifs dans l'évolution. La myopie constituerait le degré le plus élevé de cette évolution, donnant ainsi au myope comme une supériorité acquise, qu'il aurait la propriété de transmettre par hérédité à sa descendance.

Sans dénier à cette théorie quelque apparence de réalité, on ne peut pas, cependant, considérer l'œil myope comme supérieur à l'œil emmétrope quand on voit survenir, comme conséquence de cet état particulier, des lésions aussi graves, aussi incurables que l'est le décollement de la rétine, par exemple. Il est peut-être plus exact de ne voir dans la myopie qu'une maladie, produit de la civilisation, maladie que les besoins et les conditions de la vie moderne rendent de jour en jour plus fréquente. Et on pourrait comparer ce qui se produit pour nos yeux à ce que l'on observe pour notre système nerveux; l'hystérie est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes, elle paraît, elle aussi, en rapport avec un certain degré de développement du système nerveux, avec une perception plus rapide, plus intense des impressions; mais, a-t-on jamais songé pour cela à la considérer autrement que comme une maladie?

De plus, s'il est incontestable que le nombre des myopes augmente tous les jours, il n'est pas moins certain que la myopie existe depuis fort longtemps.

On sait que Néron était atteint de myopie forte, et que, pour voir les jeux du cirque, il se servait d'un cristal d'améthyste taillé en forme de ménisque concave. Au moyen âge, la myopie devait être déjà assez fréquente, car il en est fait mention dans les codes du duel de cette époque. Les myopes avaient le droit de refuser de se battre avec certaines armes, avec la pique, par exemple, dont l'emploi, obligeant les combattants à garder entre eux une distance de 3 à 4 mètres, mettait le myope dans un état d'infériorité marquée sur son adversaire.

Les symptômes cliniques de la myopie sont subjectifs et objectifs.

Tout au début, quand l'amétropie commence à se manifester, on remarque que l'enfant incline la tête sur son livre et qu'il distingue mal des objets éloignés qu'il voyait nettement auparavant.

C'est là le premier symptôme subjectif de la myopie.

Le symptôme objectif correspondant, c'est l'allongement du globe de l'œil. Plus le globe de l'œil s'allonge, plus l'enfant devient myope. Cet allongement, du reste, n'a pas besoin d'être considérable et appréciable à l'examen extérieur pour entraîner avec lui une myopie déjà élevée.

L'examen ophthalmoscopique, pratiqué à cette période, montre qu'il n'y a pas de lésions appréciables des membranes; mais, plus tard, si la myopie progresse, on constate des altérations du fond de l'œil qui sont absolument caractéristiques des modifications qu'a subies le globe oculaire.

Avant de décrire les lésions du fond de l'œil des myopes, il est peut-être utile de rappeler un point d'anatomie normale. Le nerf optique, à son entrée dans le globe de l'œil, traverse la sclérotique et la choroïde, puis s'épanouit pour former la rétine.

La sclérotique et la choroïde présentent donc chacune un orifice. Ces orifices, d'égale dimension, sont exactement superposés. Le nerf optique passe par ces orifices comme à travers deux anneaux. L'anneau formé par la choroïde recouvre complètement celui de la sclérotique, de telle sorte que cette dernière membrane est absolument invisible quand on regarde le fond de l'œil.

Ces notions d'anatomie suffisent pour se rendre compte du mode de production de certains aspects du fond de l'œil que l'on observe chez les myopes.

L'œil s'allonge dans le sens de l'axe antéro-postérieur, ou axe visuel, et cet allongement se produit uniquement aux dépens de son pôle postérieur, dans une zone plus ou moins grande, au niveau de laquelle la sclérotique se laisse distendre.

Mais la choroïde, insérée solidement en avant du corps ciliaire, ne suit pas la sclérotique dans son mouvement d'expansion; bien au contraire, à chaque effort d'accommodation, le muscle ciliaire tend à ramener cette membrane en avant (et, soit dit en pas-

sant, ces mouvements, cette sorte de locomotion d'arrière en avant de la choroïde constituent pour l'œil myope un danger permanent).

Sous l'influence de ces tractions, on comprend que les deux anneaux puissent se déplacer l'un par rapport à l'autre; l'anneau choroïdien glisse sur l'anneau sclérotical de dedans en dehors; en même temps, il se déforme et s'agrandit.

Comme les deux anneaux ne se correspondent plus, la choroïde ne recouvre plus complètement la sclérotique, et une petite partie de cette dernière devient visible sur le côté externe de la papille, où elle apparaît comme une tache blanche en forme de croissant; c'est le conus de l'œil myope.

Ce croissant, très mince au début, augmente de largeur à mesure que progresse la dilatation du pôle postérieur de l'œil; il en résulte qu'il n'est pas seulement un symptôme de la myopie, mais que, par son étendue, il peut donner en quelque sorte une idée du degré de l'amétropie.

En même temps que le conus se forme, les vaisseaux émergents de la papille optique subissent un déplacement homologue au glissement de l'anneau choroïdien. M. Nuel a insisté avec raison sur ce déplacement des vaisseaux qui, lorsqu'il existe seul, peut déjà faire reconnaître objectivement la myopie.

Quoi qu'il en soit, la lésion qui ne manque jamais, la vraie lésion étiologique et héréditaire de la myopie, c'est l'altération de la choroïde.

Ainsi, voilà un certain nombre de dispositions anormales, soit dans la forme de l'œil, soit dans celle du crâne ou de l'orbite, soit enfin dans l'insertion des muscles extrinsèques, qui, transmissibles par hérédité, constituent, chez les sujets qui en héritent, autant de causes prédisposantes à la myopie.

Viennent maintenant les causes occasionnelles, et l'amétropie ne tarde pas à se développer.

Parmi ces causes, la plus importante de toutes est certainement *le travail oculaire à courte distance.* Mais, par quel mécanisme agit-il si énergiquement sur ces yeux prédisposés pour les rendre myopes ?

On ne peut songer à incriminer que les deux facteurs qui entrent en jeu dans la vision de près, c'est-à-dire la convergence et l'accommodation. Mais dans quelle mesure agissent-ils, l'un par rapport à l'autre ?

M. Javal a rapporté l'observation de borgnes qui étaient devenus myopes. Or, comme chez les borgnes il n'y a pas, à proprement parler, de convergence, il semble que dans ces cas l'accommodation a joué le rôle principal.

Les bijoutiers et les horlogers, qui travaillent de très près, deviennent rarement myopes. Cela semblerait tenir précisément à ce qu'ils n'accommodent pas. Ils se servent en effet, pour leur travail, d'un seul œil muni d'une loupe, qui supprime l'accommodation.

On a objecté, à cette influence de l'accommodation, la myopie maligne des paysans qui accommodent peu. Mais c'est là une maladie spéciale due à un état de dénutrition particulier.

On a objecté encore que l'accommodation était si peu nécessaire aux myopes qu'il était impossible de la considérer comme agissant pour augmenter cette amétropie. Mais les expériences de M. Javal prouvent que les myopes accommodent toujours en lisant, bien que leurs yeux soient adaptés à la vision de près. On voit, en effet, que, pendant la lecture, le myope comme l'emmétrope ne bouge pas la tête, n'imprime pas non plus de mouvements au livre qu'il tient entre ses mains. Or, en admettant que son œil soit accommodé pour lire le milieu de la ligne, il ne l'est plus quand il s'agit d'en lire les

deux extrémités. Pour voir distinctement, sans mouvoir la tête, sur toute l'étendue de la ligne, il est donc obligé d'accommoder.

De plus, l'œil emmétrope s'adapte vite pour lire les différents points d'une ligne. L'œil myope lui, fait un effort plus grand qu'il n'est nécessaire, d'après ce que M. Javal a démontré.

Les myopes accommodent donc; ils accommodent même malgré eux, et c'est là le facteur le plus important dans le développement de leur myopie.

Du reste, on verra que, dans le traitement de cette amétropie, ce que l'on recherche avant tout, c'est à empêcher l'accommodation.

La convergence, qui a été considérée par beaucoup d'auteurs comme le facteur le plus puissant du développement de la myopie, agirait par l'intermédiaire des muscles extrinsèques.

Pendant les efforts de convergence, les muscles tendus et étroitement appliqués sur le globe oculaire, le comprimeraient, le déformeraient, et cela d'autant plus facilement, que l'œil présenterait déjà cette forme ovoïde anormale dont il a été question plus haut.

Les auteurs ne sont pas d'accord, il faut bien le dire, quand il s'agit de déterminer le muscle qui agit le plus activement, pour produire la déformation de l'œil.

Bonnet (de Lyon), faisait la ténotomie du droit interne pour empêcher la myopie de progresser.

Pour M. Landolt, c'est le droit interne qui comprime le globe.

Pour M. Motais, c'est le droit externe par contre-pression.

Arlt, de Vienne, admet que, dans les efforts de convergence, le globe de l'œil est comprimé en même temps par le droit externe et par le petit oblique. Le muscle petit oblique, en enserrant le globe de l'œil, gênerait la circulation dans les veines ciliaires postérieures, d'où une congestion du pôle postérieur de l'œil, qui donnerait lieu à des altérations de la sclérotique.

A ces causes déterminantes viennent se joindre des causes adjuvantes. On entend par là toutes les conditions qui favorisent la congestion de la tête et par suite celle de la choroïde. Ce sont : l'attitude penchée de la tête pendant le travail; la compression des veines jugulaires par des vêtements trop serrés. On a dit que la myopie, si commune chez les élèves de l'école polytechnique et chez les officiers du génie, tenait non seulement à leur genre de travail, mais à la compression du cou par le col de drap dur de leurs uniformes. Enfin, la dyspepsie qui s'accompagne de congestion de la face après les repas, le froid aux pieds surtout, ont été accusés de favoriser le développement de la myopie, et on devra en tenir compte dans le traitement prophylactique.

En résumé, toutes les causes occasionnelles peuvent agir; mais il faut accorder aux efforts accommodatifs une place prépondérante au point de vue de l'influence qu'elles peuvent avoir.

Le traitement de la myopie peut être divisé en trois parties :

1° Traitement prophylactique;

2° Correction de l'amétropie par des verres appropriés;

3° Traitement des accidents dans la forme maligne.

Le traitement prophylactique est résumé presque en entier dans cette phrase de George Sand : « Ecriture droite, sur papier droit, corps droit ».

C'est le plus souvent vers l'âge de 8 à 9 ans, au début des études, que l'on voit la myopie devenir manifeste chez les enfants. Aussi doit-on se préoccuper, comme on commence à le faire, des règles de l'hygiène des yeux auxquelles doit satisfaire le mobilier scolaire.

L'enfant doit pouvoir écrire le corps droit, et non penché sur une table trop basse,

comme il arrive le plus souvent. Le bord de la table doit dépasser un peu celui du banc. Elle doit porter une traverse, qui sert à appuyer et à élever les pieds de l'enfant, ce qui lui permet de tenir le corps en rectitude.

L'éclairage de la salle de travail a aussi une grande importance

Le demi-jour a une influence déplorable sur les yeux des enfants, et la lumière doit leur venir du côté gauche préférablement.

De toutes les lumières artificielles, l'électricité est certainement celle qui est préférable, à condition que le foyer soit assez élevé au-dessus de la tête des enfants pour que les yeux ne reçoivent pas directement le rayonnement du foyer lumineux.

Les livres mis à la disposition des enfants doivent être imprimés en assez gros caractères et sur du papier très blanc; les lettres, pour être lues facilement, ne doivent pas avoir moins de 1,5 à 2 millimètres de hauteur. On sait qu' y a plus de myopes en Allemagne qu'en France, et l'on a attribué cette plus grande fréquence de la myopie à l'emploi de l'écriture gothique, dont les lettres sont bien plus difficiles à lire que celles de l'écriture latine.

Enfin, on devra éviter aux enfants prédisposés à la myopie toutes les causes qui produisent la congestion de la tête, et sur lesquelles nous ne pouvons insister.

Quand le conus a acquis de grandes dimensions et a pris la forme d'une demi-lune, on lui donne le nom de staphylome postérieur, et, à ce mome nt, à la déviation mécanique péripapillaire s'ajoute le processus pathologique de la choroïde myopique atrophiante.

En résumé, les altérations que révèle l'examen ophtalmoscopique peuvent être classées de la façon suivante en conservant l'ordre dans lequel elles apparaissent :

1° Déviation des vaisseaux entraînés du côté temporal;

2° Apparition du conus par mise à nu d'une petite partie de la sclérotique;

3 Augmentation dans l'ectasie de la sclérotique, et développement du conus qui devient le staphylome postérieur avec l'appoint de l'atrophie choroïdienne.

Toutes ces modifications peuvent se produire sans donner lieu à aucun accident. La myopie est dite alors *simple* ou *typique*.

A côté de ces phénomènes objectifs, il est certains troubles que l'on peut observer dans la myopie simple et qui sont dus à la rupture d'équilibre entre la convergence et l'accommodation. Cette rupture d'équilibre entre la convergence, et l'accomodation aboutit à un abandon fonctionnel du muscle droit interne; c'est l'asthénopie musculaire. D'autres fois, il s'agit d'une véritable impotence de ce muscle droit interne; c'est l'insuffisance décrite par de Graefe.

Le diagnostic différentiel entre ces deux états pathologiques du muscle est facile. Il suffit de rechercher, à l'aide du périmètre, si le droit interne a conservé l'amplitude normale de ses mouvements, ou si cette dernière se trouve diminuée.

Et il est important de faire ce diagnostic, car le traitement de ces deux affections est bien différent : l'asthénopie musculaire, en effet, ne réclame qu'un verre spécial, un prisme à base interne destiné à suppléer à la convergence en défaut, tandis que l'insuffisance est justiciable d'un traitement chirurgical.

On rencontre encore assez fréquemment, dans la myopie simple, des exsudats légers qui siègent dans le vitreum, et dont l'ombre, projetée sur la rétine, produit ce phénomène connu, par la sensation qu'il donne, sous le nom de mouches volantes.

Ces exsudats se produisent so s l'influence des poussées de congestion dont la choroïde des yeux myopes est si souveu le siège. Car il faut bien se rappeler que la congestion de la choroïde est de règle chez les myopes, e c'est là, on peut dire, ce qui constitue le stigmate h éréditaire de la myopie.

A côté de la myopie simple, typique; les auteurs décrivent une autre espèce de myo-

pie, qui, elle, s'accompagne d'accidents redoutables. C'est la myopie *atypique, maligne* ou *progressive.*

Cette division est, selon nous, absolument arbitraire. Il n'y a pas deux espèces de maladies, une simple et une compliquée; il n'y a qu'une seule maladie qui peut, dans certains cas, présenter des complications.

Les auteurs sont, du reste, fort embarrassés quand il s'agit de décrire les signes qui permettent de différencier les deux formes au début ; ils sont obligés d'avouer que l'on ne peut en rien prévoir la marche de la myopie, et qu'il faut attendre l'apparition des complications pour savoir si elle restera simple et typique ou si elle deviendra maligne et compliquée.

C'est surtout dans la myopie forte que l'on trouve toute une série d'altérations, à peu près constantes, qui vont être rapidement énumérées.

La sclérotique est amincie au niveau du pôle postérieur, là où elle se laisse distendre. Pour les uns, l'amincissement serait congénital; pour d'autres, il serait le résultat de la pression des muscle extrinsèques. Nous y reviendrons dans un instant.

Ce qui semble le mieux établi, c'est que la sclérotique ne présente que des lésions secondaires à celles de la choroïde qui, elle, est toujours malade.

Les exsudats sous forme de flocons, de filaments, bien plus nombreux et bien plus gros que dans la myopie simple, abondent dans le vitreum. Ils sont un des résultats des lésions choroïdiennes. Mais l'altération la plus importante du vitreum, c'est sa liquéfaction, et il est important de se souvenir de cette particularité, si l'on fait une opération à un myope d'un degré un peu élevé.

Mais c'est dans la choroïde que l'on trouve les lésions les plus accentuées. Outre le conus et le staphylome postérieur, qui sont des lésions dues surtout à une action mécanique, si l'on peut s'exprimer ainsi, on trouve dans la myopie forte de la choroïdite disséminée, qui est toujours plus prononcée au niveau du pôle postérieur. Elle se présente sous deux formes cliniques différentes, celle de choroïdite disséminée proprement dite et, lorsqu'elle se limite à la macula et à son voisinage, celle de choroïdite maculaire. Les hémorrhagies et les plaques d'atrophie maculaire sont, en effet, très fréquentes, et le rôle important de la macula au point de vue physiologique nous permet de comprendre pourquoi la choroïdite a une tendance marquée à se localiser en ce point de la rétine, qui est celui qui supporte presque toute la fatigue visuelle.

Le cristallin, qui se nourrit par imbibition, subit à son tour l'influence des altérations de la choroïde. Il devient le siège d'une forme spéciale de cataracte, la cataracte polaire, désignée aussi avec raison sous le nom de cataracte par défaut de nutrition.

Les lésions qui viennent d'être rapidement énumérées sont si fréquentes dans la myopie forte qu'elles font en quelque sorte partie de l'évolution naturelle de la maladie. D'autres, comme le décollement de la rétine, par exemple, sont plus rares et constituent un véritable accident.

Le décollement de la rétine se produit sous l'influence de causes diverses; nous signalerons tout d'abord la liquéfaction du vitreum, puis les exsudations sous-rétiniennes et les altérations de la rétine; enfin, les effets d'accommodation comme cause occasionnelle.

(La fin au prochain numéro.)

Fièvre typhoïde et état puerpéral

Par Maurice Michel, interne des hôpitaux.

Depuis longtemps déjà l'attention des cliniciens s'est portée sur les rapports de la fièvre typhoïde et de la grossesse. On a remarqué tout d'abord que l'infection typhique était rare chez les femmes enceintes, et que, une fois établie, elle n'était pas rendue plus grave du fait même de la grossesse (Siredey).

Mais, bientôt, il fut évident que si la grossesse n'aggravait pas le pronostic de la fièvre typhoïde, celle-ci, en revanche, avait une action néfaste sur l'utérus gravide; elle était une cause provocatrice de l'avortement et de l'accouchement prématuré.

D'après les statistiques publiées, cette expulsion avant terme du produit de la conception a lieu dans les deux tiers des cas et d'autant plns sûrement que la grossesse est moins avancée. C'est, en général, du troisième au sixième mois que cet accident a son maximum de fréquence.

Par rapport à l'évolution de la fièvre typhoïde, la fausse couche a lieu ordinairement du deuxième au troisième septenaire, quelquefois dans la convalescence. D'après Carret, l'avortement se produit surtout dans les formes hyperthermiques de la maladie.

Enfin, il semble prouvé que l'avortement qui survient dans ces conditions ne présente pas plus de dangers que dans les circonstances ordinaires qui lui donnent naissance.

Telles sont les principales notions que nous possédons actuellement sur les rapports de la fièvre typhoïde avec la grossesse. Il faut en retenir, pour le moment, ce fait important, à savoir que la fièvre typhoïde ne présente pas chez les femmes enceintes une gravité particulière. En est-il de même quand cette maladie survient chez une nouvelle accouchée en état de lactation? Les données que nous avons sur ce point sont assez restreintes. Pour Carret, dans ces cas, le début de l'affection est insidieux et peut simuler une septicémie puerpérale; la fièvre typhoïde est alors, en général, *grave*. Homolle pense que l'état puerpuéral aggrave le pronostic. Mais ces différents auteurs sont muets sur les causes de cette gravité spéciale de la fièvre typhoïde survenant pendant les suites de couches. Il faut d'ailleurs remarquer que le caractère plus sévère de la maladie dans ces cas tient moins à l'existence de complications qu'à une exagération des symptômes d'infection, de l'état typhoïde. Peut-être est-il possible de donner, de la gravité de la dothiénentérie dans le post-partum, une explication basée à la fois sur les modifications qui surviennent dans la glande hépatique au cours de la puerpéralité, sur ce que nous savons des fonctions de cet organe à l'état normal et sur les lésions que l'on peut y constater dans l'infection par le bacille d'Eberth.

Les recherches de de Sinéty (1872) ont montré que la lactation s'accompagne d'une dégénérescence graisseuse des cellules du centre des lobules du foie; d'autre part, MM. Siredey-Legry signalent un léger état granulo-graisseux le plus souvent de la périphérie, quelquefois du centre des lobules dans la fièvre typhoïde. Il est donc rationnel d'admettre que le foie ainsi dégénéré par la lactation et le processus typhique est impuissant à remplir son rôle protecteur par rapport aux poisons à lui amenés par la veine porte, et, comme ces produits toxiques avec leurs microbes générateurs sont en nombre considérable dans l'intestin typhoïdique, l'organisme privé d'une partie de ses défenses ne tarde pas à succomber dans le plus grand nombre des cas. Ici, comme ailleurs, suivant l'expression de M. Hanot, le pronostic de l'affection est subordonné à l'état de la cellule hépatique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars 1893. — Présidence de M. Périer.

La séance a été relativement courte, la Société ayant à se réunir en comité secre afin de statuer sur le renouvellement de son bail dans ce vieil hôtel de la rue de l'Abbaye.

Deux sujets importants ont cependant été traités : l'*orchidopexie dans l'ectopie testiculaire* et l'*intervention dans les corps étrangers de l'œsophage.*

Orchidopexie.

C'est M. Félizet qui, le premier, prend la parole à propos de la dernière communication de M. Jalaguier, et, pour lui, le succès idéal qu'accepte ce dernier chirurgien n'est pour ainsi dire pas possible. La cause en est dans l'ignorance des obstacles qui s'offrent à la descente du testicule.

Chargé d'un service d'enfants. M. Félizet a été à même d'examiner beaucoup d'ectopies testiculaires, et, au poin de vue opératoire, il les range en deux classes, snivant que le testicule est *mobile* ou *fixé.*

Dans la première classe, la glande est à peu près normale, quant à sa forme, son volume et sa consistance. Le testicule se promène dans le couloir inguinal, et s'il ne descend pas dans le fond des bourses, cela tient à ce que sa loge n'est pas suffisante, ou bien encore à la petitesse du cordon. Dans ces cas, l'intervention est simple et consiste dans la réfection de la vaginale, la fixation du testicule au fond des bourses et même la suture du cordon à la paroi. Avec ce procédé, on a, à coup sûr, des résultats excellents.

Mais, dans la seconde classe, la fixité de la glande a amené son atrophie, sa malformation; elle est, de plus, douloureuse. Quelquefois le canal déférent est trop court, ou bien c'est l'épididyme qui se trouve dissocié. Le massage, même sans le chloroforme, est impuissant à faire descendre le testicule; de plus, il y a, pour ainsi dire, toujours hernie concomitante et qu peut devenir dangereuse, insidieuse. C'est la glande, du reste, dans un état piteux, qu sert de bouchon et empêche l'intestin de descendre. Dans ces cas, la castration est très souvent nécessaire. Une fois il a réussi, par le massage forcé, à faire descendre le testicule, mais de telles douleurs sont survenues qu'il a été obligé d'extirper la glande séminale.

C'est avec une statistique de 25 opérations d'orchidopexie que M. Tuffier monte à la tribune. Il a, il y a peu de temps, analysé les 22 premières observations; il ne parlera donc que des 3 dernières.

Le premier cas était simple et la guérison a été complète. Chez le deuxième petit malade, il y avait une hernie interstitielle. Le testicule ne put être abaissé, il était douloureux. La castration s'imposait et fut faite, c'est seulement la seconde sur les 25 opérations pour ectopie.

Le troisième cas présentait des particularités plus rares; il s'agissait d'une *ectopie intermittente* accompagnée des symptômes de l'*occlusion intestinale.* C'était un jeune enfant de 6 ans qui fut repris à deux intervalles différents de coliques, de vomissements, d'arrêt des matières fécales. Le diagnostic de colique nephrétique fut posé; mais le médecin s'aperçut de l'absence des glandes séminales dans le scrotum et appela

M. Tuffier, qui, d'un côté trouva une glande immobilisée, et de l'autre un testicule arrêté dans le canal anguinal et donnant, par la compression qu'il exerçait, naissance à tous les symptômes déjà décrits.

L'intervention montra que le trajet était libre jusqu'au fond des bourses, mais que le testicule, dans un mouvement d'ascension brusque, était venu se coincer dans le trajet inguinal. M. Tuffier sectionna les fibres du cremaster et trouvant un gubernaculum long de 10 centimètres, s'en servit pour fixer la glande en le raccourcissant : La guérison s'ensuivit.

Histoire de deux pièces de cinq francs arrêtées dans la partie inférieure de l'œsophage

Tel est le titre que M. Terrillon donne à sa communication.

Dans la première observation, il s'agissait d'un jeune homme qui, tenant une pièce de cinq francs entre ses dents, l'avala dans un accès de fou rire et qui ne revint pas se faire opérer malgré les conseils de M. Terrillon. Il mourut 20 jours après d'une hémorrhagie consécutive à la perforation de l'aorte.

Dans le second cas, c'était un jeune homme qui, prenant sa bouche pour la gueule d'un jeu de tonneau, se fit lancer une pièce de cinq francs par un camarade. Celui-ci pointa juste et le corps étranger, comme dans la première observation, s'arrêta à 10 centimètres du cardia.

M. Terrillon, après de vains essais pour extirper la pièce par les voies naturelles, échoua avec le panier de Græfe et tous les instruments que M. Collin avait mis à sa disposition.

Il pratiqua alors l'œsophagotomie externe et, après de nombreuses prises à l'aide d'une petite pince à kystes, parvint à extirper le corps du délit.

Des sutures furent pratiquées, et l'opéré maintenu à la diète sèche pendant 3 ou 4 jours à l'aide de lavements alimentaires et de gargarismes avec de l'eau de Vichy. Puis du lait fut donné et, au bout d'un mois et demi, les douleurs pendant la déglutition avaient cessé et la guérison était parfaite.

Influence du phimosis sur les voies urinaires supérieures.

C'est à propos de la communication de M. Picqué, dans la dernière séance, et de la réponse de M. Tuffier, que M. Bazy prend la parole pour montrer que le phimosis peut déterminer des accidents urinaires sans avoir, pour cela, besoin d'être adhérent au gland. Il cite à l'appui deux observations dans lesquelles la section du prépuce suffit pour faire cesser un état cachectique sous la dépendance des reins.

Chez deux autres malades où ce chirurgien fut obligé de sculpter en quelque sorte le gland pour opérer le phimosis, il n'y avait jamais eu le moindre accident, le moindre retentissement sur les glandes rénales.

A la fin de la séance, M. Potherat fait une lecture sur une observation intitulée : *Tumeur du mésentère; laparotomie; guérison.*

M. Lejars présente un malade opéré d'un *prolapsus du rectum* par la *rectopexie postérieure.*

M. Hartmann présente un malade sur lequel il a pratiqué la *résection totale du cubitus* avec réparation complète.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

MÉDECINE

Contribution à l'étude clinique des tendons aberrants du cœur. — Le ventricule gauche du cœur possède parfois, outre ses tendons valvulaires normaux, des tendons dits aberrants qui se présentent sous deux formes principales : tantôt le tendon anormal s'étend, plus ou moins oblique, d'une paroi du ventricule à l'autre paroi; tantôt il s'insère d'un point à un autre sur la même paroi.

Cliniquement, ces tendons se comportent d'une façon différente : dans le premier cas, si le cordage est situé dans le sens du courant sanguin, il est capable de donner lieu à des symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic; dans le deuxième cas, de par sa position, il reste latent et n'est pas perçu par le médecin.

M. Huchard rapporte l'observation d'un malade entré dans son service pour des accidents urémiques, et chez lequel il put diagnostiquer l'existence d'un tendon aberrant. Dans ce cas, on percevait, outre un bruit de galop et un souffle mitral, un bruit de souffle vers l'appendice xiphoïde, systolique, à timbre spécial, présentant les caractères d'un bruit de « guimbarde » et se propageant en haut et à droite sur le trajet de l'aorte. Par la palpation, on sentait une sorte de frémissement vibratoire.

Après avoir discuté et éliminé successivement l'hypothèse d'un anévrisme valvulaire ou pariétal du cœur, celle d'une insuffisance tricuspidienne, d'un rétrécissement tricuspidien ou mitral, d'une rupture d'un pilier valvulaire, M. Huchard s'arrêta au diagnostic de tendon aberrant du cœur.

L'autopsie confirma pleinement ce diagnostic et montra l'existence d'un cordage d'un peu peu plus de 4 centimètres et demi de longueur, tendu en travers de la cavité, partant de la base du petit pilier mitral pour aller s'insérer au point de réunion de la cloison et de la paroi ventriculaire.

A propos de ce cas, l'auteur en relate deux autres : le premier observé par le professeur Potain et communiqué par M. Cuffer à la Société anatomique en 1876, et le second constaté par Maurice Raynaud. C'est donc au total trois cas dont le diagnostic exact a pu être établi pendant la vie.

M. Huchard cite ensuite deux autres cas, où, en raison de la disposition anatomique du cordage et de l'asthénie cardiaque, ce diagnostic ne fut fait que sur la table d'autopsie.

En résumé, ces tendons aberrants du cœur gauche peuvent présenter un intérêt clinique, puisqu'on a pu parfois les diagnostiquer pendant la vie. Les symptômes observés ont été les suivants : Bruit systolique, de guimbarde, xiphoïdien, se progageant vers l'aorte avec frémissement vibratoire.

Dans d'autres cas, les tendons aberrants n'ont qu'un intérêt anatomique : ils sont une trouvaille d'autopsie pour les raisons dites plus haut.

Ils résultent ordinairement d'une malformation congénitale : quelques-uns sont le résultat de l'atrophie scléreuse des trabécules du cœur. (H. Huchard. *Revue de médecine*, 10 février 1893.)

M. M.

Traitement des hydropisies cardiaques, par le professeur Lépine. — Après avoir montré la fréquence des hydropisies au cours des affections cardiaques et insisté sur la nécessité de les traiter, l'auteur passe en revue les principales d'entre elles.

En premier lieu, il est de toute nécessité d'intervenir contre l'hydrothorax qui aggrave par sa présence et d'une façon toute mécanique le fonctionnement déjà troublé du cœur. Plusieurs cardiaques, ainsi ponctionnés, ont été très notablement soulagés. Les petites quantités de liquide contenu dans la plèvre se reconnaîtront à l'aide d'un signe important, le déplacement de la matité. De même, il est utile d'évacuer la sérosité œdémateuse des membres inférieurs : bien que moins indispensable que l'évacuation de la plèvre, cet extraction amène parfois un mieux être dans l'état des malades ; on la pratiquera de préférence avec les tubes de Sonthey.

Enfin, la saignée est également indiquée et cela pour deux raisons : d'abord parce que la résorption est favorisée par les émissions sanguines (fait physiologique connu depuis Magendie) et ensuite, parce qu'elle fait disparaître les accidents d'urémie qu'on observe quelquefois chez les cardiaques. L'auteur admet, en effet, que les matériaux toxiques retenus dans le sang contribuent pour une certaine part à la production des hydropisies, soit en parésiant le centre vaso-moteur, soit de toute autre manière.

En terminant, M. Lépine conseille la caféine, surtout en injections sous-cutanées et même la digitaline absorbée par la même voie. (*Semaine médicale*, 15 février 1893.)

M. M.

Les petits accidents nerveux du diabète sucré, par le docteur CHAUFFARD. — On peut voir survenir, au cours du diabète sucré, des accidents nerveux d'ordre différent : tantôt il s'agit de grandes manifestations toxiques dont le coma est le type; tantôt ce sont des troubles nerveux polymorphes, fugaces, que l'auteur propose de grouper sous le nom de petits accidents nerveux du diabète.

Le malade dont M. Chauffard rapporte l'observation a successivement présenté des migraines, des douleurs intercostales, de la sciatique, des accès de sommeil soudains et incoercibles, des symptômes de pseudo-tabès et une ébauche d'angine de poitrine.

Des questions de pathogénie, de physiologie pathologique, de pronostic se posent à propos de ce malade. Et tout d'abord il n'y a pas de tare nerveuse héréditaire ni personnelle; on ne peut, d'autre part, rattacher les symptômes observés à des névrites; la mutabilité, le ccaractère éphémère de ces troubles nerveux, l'absence de lésions trophiques et de modifications de la sensibilité parlent contre cette hypothèse. La médecine de Broussais rattache leur origine à une sorte d'insuffisance fonctionnelle, de méiopragie nerveuse. L'amélioration survenue dons l'état du malade est due aux conditions hygiéniques favorables dans lesquelles il a été placé pendant son séjour à l'hôpital; les accidents se reproduirait si ce diabétique se remettait à son genre de vie ordinaire.

Ces petits accidents nerveux du diabète, polymorphes, erratiques, guérissant par le repos et le traitement, se distinguent donc complètement des grands accidents nerveux, comme le coma, dont l'intoxication acide est la cause prochaine. Ils en diffèrent, en outre, par la thérapeutique, puisque le traitement alcalin, intensif, est le seul qui, jusqu'à présent, ait donné quelques succès dans cette redoutable complication du diabète sucré, alors qu'il n'est pas spécialement indiqué dans les cas qui font le sujet de cette leçon. (*Semaine médicale*, 15 février 1873.) — M. M.

COURRIER

On vient de distribuer au Sénat le rapport de M. Roussel sur l'assistance médicale gratuite. Le rapporteur conclut à l'adoption du projet tel qu'il a été voté par la Chambre des députés. Nous espérons que M. Roussel fera plus encore et s'efforcera de faire arriver la discussion de ce projet avant la fin de la législature.

L'Académie des sciences, dans sa dernière séance, par 46 voix sur 57 votants, a nommé associé étranger M. le professeur Lister, en remplacement de Richard Owen.

Laïcisation des hôpitaux de Marseille. — La commission des hôpitaux, par 6 voix contre 4 et 1 abstention, a décidé la laïcisation immédiate des hôpitaux. Le traité qui lie la ville aux sœurs Augustines sera donc dénoncé, et celles-ci devront quitter les hôpitaux dans quatre mois à dater du jour où la délibération, après approbation du préfet, leur aura été signifiée.

— M. le docteur Lagrange est chargé d'une mission scientifique en Suisse, en Allemagne et en Italie, à l'effet d'étudier les sanatoria où sont appliquées les différentes formes du traitement « hygiénique ».

— Un généreux donateur a laissé à la ville de Milan la somme de 1 million pour créer un établissement d'enseignement supérieur et de préférence une Faculté de médecine. La Société de médecine de Lombardie s'est réunie afin de discuter les moyens propres à réaliser les désirs de ce bienfaiteur.

— L'Assistance publique vient d'être condamnée à payer la somme de 7,000 francs de dommages-intérêts à la femme X..., infectée par un enfant syphilitique qui lui avait été confié par l'Administration.

— Sommaire de la *Revue philosophique*, numéro de mars 1893 (18e année) :

B. Bourdon : Recherches sur la succession des phénomènes psychologiques. — G. Danville : L'amour est-il un état pathologique ? — Lalande : Sur un effet particulier de l'attention appliquée aux images. — A. Naville : Beauté organique et beauté plastique. — Analyses et comptes rendus.

Nécrologie. — MM. les docteurs Doris (de Rambouillet) ; Gibert (de Graçay) ; Girard (de Villaines-la-Juhel) ; Prunière (de Mende) et de M. Straforello, étudiant à la Faculté de Montpellier.

Corps de santé militaire et maritime. — Par décision ministérielle, en date du 4 mars 1893 : M. le médecin principal de 1re classe Lœderich a été nommé directeur du service de santé du 3e corps d'armée ; M. le médecin principal de 1re classe Lemardeley a été nommé directeur du service de santé de la brigade d'occupation de Tunisie.

M. le médecin principal de 2e classe Strauss a été désigné pour être adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre.

— M. le médecin de 2e classe Martel est désigné pour embarquer sur le transport l'*Isère*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA MYOPIE

Par M. VALUDE (*Suite*).

Dans l'*étiologie* de la myopie, il y a deux facteurs principaux qui doivent être étudiés isolément, ce sont : 1° la prédisposition créée par l'hérédité; 2° le travail excessif auquel cet organe est soumis avant son complet développement, et c'est la cause occasionnelle sous l'influence de laquelle va se produire la déformation du globe oculaire.

Disons, cependant, qu'il y a des cas rares dans lesquels la myopie est créée de toutes pièces sans antécédents héréditaires; et d'autres où elle est héréditaire, mais où nous ne saisissons pas la cause occasionnelle qui donnera à l'amétropie l'occasion de se développer.

Ainsi, on voit des enfants qui sont pris de spasme d'accommodation; ce spasme se prolonge pendant des années, figurant ainsi une myopie factice qui finit par s'installer définitivement et devenir permanente.

D'autre part, on rencontre chez les paysans une forme spéciale de myopie qui est héréditaire et revêt la forme la plus grave; c'est une myopie extrêmement maligne. Et cependant elle frappe des individus qui ne savent ni lire ni écrire, et qui, par conséquent, n'ont jamais soumis leurs yeux aux efforts répétés d'accommodation que nécessite la vision de près.

En quoi consiste donc cette prédisposition à la myopie qui se transmet par hérédité? Qu'y a-t-il d'héréditaire dans la myopie?

On a émis bien des hypothèses à ce sujet.

On a dit qu'il se produisait un arrêt de développement de la sclérotique qui laissait cette membrane amincie à son pôle postérieur.

On a prétendu que la forme de l'œil était modifiée dès la naissance, que cet organe était devenu ovoïde, et que cette forme défectueuse se transmettait par hérédité.

La conformation du crâne pourrait exercer une influence sur la forme de l'œil. L'œil myope serait très fréquent chez les dolychocéphales.

Stilling (de Strasbourg) fait jouer un grand rôle à la forme de l'orbite. D'après lui, si le plafond de l'orbite se montre surbaissé en même temps que sa cavité s'élargit, le point d'insertion de la poulie du muscle grand oblique se trouve déplacé. Et ce déplacement amène une insertion vicieuse du muscle grand oblique sur le globe de l'œil, et, par suite, entraîne comme conséquence une action particulière du muscle sur le globe, laquelle produit la déformation myopique.

Si, malgré ces précautions, la myopie apparaît, il faut alors empêcher l'enfant de se pencher sur son livre, soit par la persuasion, soit au moyen de l'un quelconque des redresseurs qui maintiennent la tête à une distance fixe de la table.

Lorsque la myopie est confirmée et qu'on est obligé d'avoir recours à des verres correcteurs, le choix n'en est pas toujours facile, alors même que l'on connaît très exacte-

ment le degré de myopie réelle des yeux que l'on désire corriger ; ce serait une faute grave que de donner invariablement à tous les myopes le verre qui correspond exactement à leur degré d'amétropie.

D'abord, dans la myopie simple et faible, de 1 à 2 D, il faut ne pas corriger l'amétropie et ne pas donner de verres concaves.

Dans la myopie de 2 à 5 D, le myope a besoin de verres pour voir de loin. Dans ce cas, mais seulement pour voir de loin, on lui donnera le verre qui corrige toute sa myopie ; pour voir de près on ne lui donnera pas de verres. Son ponctum remotum est situé à une distance suffisante pour l'adaptation de l'œil au travail, et il est inutile de le forcer à faire des efforts d'accommodation.

Quand la myopie est comprise entre — 5 et — 9 D, on donnera pour voir de loin, comme dans le cas précédent, le verre qui corrige toute la myopie ; mais, pour lire, on donnera un verre inférieur de 2 D à celui donné pour voir de loin, pour le piano, on diminuera le verre initial seulement d'une dioptrie.

Dans la myopie forte de — 9 D et au delà, il faut ne pas chercher à corriger toute la myopie, et ne pas donner un verre supérieur à — 9 D pour voir de loin, aussi bien que pour voir de près.

Les myopies supérieures à 7 et 8 D doivent être surveillées, car elles sont suspectes de devenir malignes ; on examinera souvent le fond de l'œil, on recherchera s'il n'y a pas du spasme de l'accommodation, et on fera, si besoin est, usage de l'atropine pour le faire disparaître s'il existe.

Dans les degrés faibles de myopie, de 1 à 2 D, par exemple, et alors même que le myope n'a pas fait usage de verres correcteurs, il peut survenir de l'asthénopie musculaire.

Si l'on fait fixer un objet rapproché ont voit que les yeux ont une tendance à diverger. Dans ce cas, au lieu de faire porter un verre concave, il est indiqué de donner un prisme de 1 à 2 degrés, à base interne, qui permet à ces myopes de voir les objets rapprochés sans efforts de convergence.

Si, cependant, le myope, qui a de l'asthénopie musculaire, est obligé de porter des verres correcteurs, on peut aussi diminuer les efforts de convergence en modifiant simplement la position des verres, sans rien leur ajouter.

Il suffit pour cela de décentrer le verre, c'est-à-dire de reporter son axe optique en dehors.

Le verre concave décentré agit alors de deux façons. Comme correcteur de l'amétropie et comme prisme à base interne.

Dans l'insuffisance des droits internes, les prismes ne suffisent pas, et il faut recourir à la ténotomie, soit partielle, soit totale du droit externe.

Dans les cas de myopie extrême, compliqués de lésions choroïdiennes, il arrive qu'aucun verre ne réussit à améliorer l'état de la vision. Il faut alors se borner à conseiller à ces malades de ne pas fatiguer leurs yeux, de ne plus lire ni écrire ; il faut leur faire porter des lunettes fumées pour sortir si la lumière est vive. Ces myopes, en un mot, sont condamnés à ne plus faire aucun travail, sous peine de voir leurs lésions prendre une gravité redoutable. Ces malades sont ainsi condamnés à l'impuissance. Cette situation, déjà triste quand il s'agit de gens âgés, devient l'objet d'inquiétudes très grandes lorsqu'il s'agit de sujets jeunes et ayant besoin de travailler pour vivre. On a donc cherché une solution à cet état de choses ; il fallait pour cela empêcher à tout prix les efforts d'accommodation qui, par les tractions qu'ils exercent sur la choroïde, constituent le plus grand danger de la myopie maligne.

On a été ainsi conduit à faire l'extraction du cristallin tranparent et en dehors de tout

état de cataracte. Par cette opération, en effet, on supprime l'accommodation en enlevant son organe essentiel, et le degré de la myopie est réduit de 18 dioptries. Le cristallin, a, en effet, un pouvoir réfringent de 11 dioptries ; mais, dans sa position anatomique, il équivaut à un verre de 18 dioptries placé à un centimètre et demi en avant de l'œil et dans la place où il nous donne la mesure de la myopie.

Fakala d'abord, puis Pflüger, et en France Vacher ont rapporté des faits où l'opération a donné d'excellents résultats.

J'ai rapporté au Congrès d'Heidelberg (voir *Semaine médicale*, 1892) l'histoire d'un enfant de 9 à 10 ans qui avait une myopie de 15 dioptries. Après l'ablation des deux cristallins, le résultat immédiat fut excellent, l'enfant, devenu hypermétrope de + 3 D lisait très bien avec les deux yeux à la distance de 30 centimètres.

Mais, deux mois après l'opération, l'un des yeux s'est atrophié, ce qui prouve que cette opération n'est pas exempte d'aléa; fait qui n'a rien de surprenant, étant donné le mauvais état de la choroïde et du vitreum.

Cependant, c'est une opération qui pourra rendre de grands services aux myopes très forts, qui sont obligés de travailler pour gagner leur vie; c'est-à-dire qu'elle est surtout à conseiller chez les sujets jeunes atteints d'une myopie extrême.

Le procédé opératoire est simple. Certains auteurs conseillent d'extraire d'emblée le cristallin transparent. Il y a cependant grand avantage à faire d'abord la discision du cristallin, et l'ablation des masses ramollies quelques jours après, alors qu'elles sont opacifiées. L'opération, faite avec plus de prudence et un traumatisme moins violent que l'extraction immédiate, a moins chance d'être accompagnée d'accidents, toujours à craindre dans des yeux aussi pathologiques que le sont les yeux atteints d'une myopie élevée (1).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mars. — Présidence de M. Ferrand.

Néphrite ourlienne.

M. Laveran communique, à propos de la question de la néphrite ourlienne soulevée par M. Bézy dans la dernière séance, une observation de M. le docteur Troussin dans laquelle un soldat entre à l'hôpital, le 1er février dernier, pour les oreillons; il avait une

(1) En corrigeant ces épreuves, aujourd'hui même, j'ai revu à ma consultation des Quinze-Vingts un malade opéré par moi dans les mêmes conditions que ci-dessus. Il s'agit d'un homme âgé d'une quarantaine d'années, affligé d'une myopie progressive, d'un degré extrême, et qui vint me trouver il y a deux mois, désespéré de ne pouvoir se livrer à aucun travail; son but, en venant à la consultation des Quinze-Vingts, était d'obtenir un certificat qui lui permît d'entrer dans un hospice comme aveugle ou infirme.

Navré de voir un homme aussi jeune voué à une résolution aussi fatale et à un avenir aussi fermé, je lui proposai de tenter d'améliorer sa situation par une opération; je me disposai à lui enlever le cristallin transparent pour modifier les conditions de sa myopie.

J'opérai l'œil droit par discision d'abord et extraction des masses molles ensuite.

Ce malade me revient aujourd'hui avec un résultat parfait. Lui qui ne pouvait rien voir qu'en mettant son nez de près, il lit à 0,30 centimètres, et couramment; c'est une sorte de résurrection de la vue. Je me dispose à lui pratiquer la même opération à l'œil gauche demain, 1er mars 1893. — V.

fluxion parotidienne double. Le 4 février, fièvre très vive, orchite droite; dans la nuit du 5 au 6, convulsions suivies d'un état comateux; le 6, nouvelle attaque convulsive; oligurie très prononcée et, en même temps, albuminurie. On fait une saignée. Le 7, le malade sort de sa torpeur, les urines deviennent abondantes et l'albuminurie disparaît.

C'est là un bel exemple d'albuminurie ourlienne, et M. Troussin pense que les accidents nerveux, qui ont persisté pendant trente-six heures, doivent être attribués à une urémie passagère.

M. Laveran a lui-même observé, en Algérie, un fait analogue avec albuminurie et oligurie très prononcée.

Paralysie spinale de l'enfance à la suite des maladies infectieuses.

M. Marfan, à propos de la seconde communication de M. Bézy, présente l'observation d'un enfant de neuf mois souffrant de troubles digestifs chroniques dus à une alimentation vicieuse. Au mois de janvier, une toux opiniâtre s'installe, coïncidant avec de la micro-polyadénopathie, une grosse rate et des signes d'adénopathie trachéo-bronchique. L'enfant est donc atteint de tuberculose atteignant surtout le système lymphatique.

Il est amené le 28 février à l'hôpital pour une varicelle qui s'éteint deux ou trois jours après; mais la température ne s'abaisse pas, elle oscille toujours entre 38 et 39°. Le 4 mars, l'enfant est pris d'une paralysie complète du bras gauche, paralysie flasque, sans contractures, avec abolition des réflexes et non douloureuse. Pas de décollement épiphysaire qui puisse l'expliquer.

Le lendemain, écoulement de pus par l'oreille droite, terminaison probable d'une otite moyenne. Enfin, le 7 mars, l'enfant perce sa première dent.

Le diagnostic de paralysie spinale de l'enfance paraît s'imposer, car une névrite n'aurait pu engendrer une paralysie aussi brusque et aussi complète; mais quelle en est la pathogénie? L'influence de la dentition, en admettant qu'elle ait été réelle, a été, en tout cas, tout à fait secondaire.

On pourrait invoquer, mais sans la prouver, une infection coli-bacillaire liée aux troubles digestifs chroniques. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la paralysie spinale, si elle est d'origine infectieuse, n'offre rien de spécifique, puisque si on l'a vu succéder à la rougeole, à la scarlatine, à la variole, elle a pu se produire aussi à la suite d'une des affections que présente le malade de M. Marfan : troubles digestifs, varicelle, tuberculose, abcès de l'oreille moyenne.

Si des infections variées peuvent produire une même lésion, la polio-myélite antérieure, peut-être l'hérédité névropathique joue-t-elle un rôle dans cette détermination spinale.

Cette détermination, semble, en effet, se développer chez les enfants ayant des tares héréditaires; il n'y aurait pas action élective d'un microbe ou d'un poison, mais prédisposition de la substance nerveuse modifiée par l'hérédité névropathique.

Des infections secondaires distinctes à propos d'une rougeole et d'une fièvre typhoïde simultanées.

M. Juhel-Rénoy : L'opinion de Trousseau, d'après laquelle les grandes pyrexies mettraient l'organisme en état de résistance vis-à-vis des maladies infectieuses du même genre, est infirmée par de nombreuses observations.

Voici un nouveau cas qui contredit la doctrine de Trousseau.

Le 8 janvier dernier, un jeune homme est pris de malaise, d'anorexie, de constipa-

tion, de douleurs lombaires et de raideur des membres supérieurs; pas de fièvre, pas d'insomnie.

Le 18, il a du coryza, du larmoiement, de la toux; le 22, il présente une éruption intense de rougeole, et, quand il entre à l'hôpital, le 23, il est dans un grande prostration et offre l'aspect d'un typhique.

Jusqu'au 28, la température reste très élevée (40 à 41°), et comme la langue est sèche et les urines rares, on lui prescrit les bains froids; sa température s'abaisse et il est tiré de sa torpeur.

Le 29 janvier, au milieu des macules de rougeole en voie de disparition, on aperçoit des taches rosées assez abondantes; la rate est grosse et le malade est pris de diarrhée.

Il s'agissait donc d'une fièvre typhoïde ayant évolué simultanément avec la rougeole. Cette fièvre typhoïde évolua d'abord normalement, mais une rechute s'est produite.

Le frère du malade vint le voir le 22 janvier; quatorze jours après il est pris de rougeole.

M. Juhel-Renoy pense que la fièvre typhoïde était la première en date; le malade était en pleine période d'incubation quand la rougeole est survenue.

Quelle influence réciproque ont pu avoir, l'une sur l'autre, les deux maladies ? La rougeole n'a certainement pas été atténuée, car elle a évolué avec violence. On pourrait peut-être même penser, sans pouvoir l'affirmer, à une exaltation de la virulence. La rougeole a-t-elle modifié la fièvre typhoïde ? On peut le supposer, étant donné surtout qu'elle était survenue pendant l'incubation de la fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins établi que les deux infections ont évolué simultanément et que la rougeole a masqué la fièvre typhoïde.

Sur l'incubation prolongée et la contagiosité des oreillons

M. Merklen a eu l'occasion d'observer dans ces derniers temps plusieurs faits de contagions des oreillons; d'après ces faits, la période d'incubation de l'affection semble varier de 15 à 26 jours. Ces chiffres concordent avec ceux donnés par la plupart des auteurs qui ont observé des épidémies d'oreillons.

La cause de ces variations dans la durée de l'incubation est difficile à saisir. Mais la longue durée de cette incubation présente un certain intérêt pratique. Rapprochée du fait de la contagiosité immédiate, elle explique à la fois l'extension considérable et la longueur des épidémies d'oreillons dans les milieux propices: collèges, pensionnats, casernes.

D'autre part, on ne peut dire à quel moment cesse la contagiosité; mais le contage semble survivre à la maladie. Bernutz avait signalé il y a déjà longtemps cette persistance du contage, et les faits rapportés par M. Antony semblent démonstratifs; une épidémie récente observée par Roth à l'hôpital de Bamberg est aussi très instructive: Une femme atteinte d'oreillons depuis huit jours entre à l'hôpital de Bamberg le 30 septembre; le 18 octobre, sa voisine de lit est atteinte d'oreillons. L'assistant du service, après avoir examiné la première malade entrée le 30 septembre, va rendre visite à une dame de la ville à laquelle il donnait habituellement ses soins: le 18 octobre, cette dame avait les oreillons. Enfin, le 18 novembre suivant, le lit antérieurement occupé par la malade entrée le 30 septembre est donné à une jeune femme atteinte de diphtérie. Le 6 décembre, cette femme, convalescente de sa diphtérie, est reprise de fièvre et, le 7, elle a les oreillons.

Roth conclut donc: 1° que le contage des oreillons est transportable par une tierce personne; 2° qu'il conserve sa virulence pendant un temps plus ou moins long.

La conclusion pratique qui découle de ces faits est qu'il sera prudent de maintenir l'isolement des malades jusqu'à parfaite guérison et de ne leur rendre leur liberté qu'après avoir pris les mesures de désinfection adoptées pour la scarlatine, la diphtérie, l'érysipèle, etc.

En terminant, M. Merklen signale un dernier point concernant l'étiologie et la prophylaxie des oreillons. Une nourrice atteinte de cette affection peut-elle continuer à allaiter son nourrisson ? Les traités spéciaux sont muets sur ce point. Appelé récemment à résoudre cette question, M. Merklen, en se basant sur l'immunité habituelle des enfants du premier âge, et considérant que si la contagion était à redouter elle était déjà faite, il permit la continuation de l'allaitement en recommandant la suppression de tout autre contact. L'enfant resta indemne, en effet, et, chose non moins intéressante, la nourrice ne présenta aucune détermination ourlienne du côté des seins. L'activité des glandes mammaires ne paraît donc pas provoquer, comme on pouvait le redouter, cette localisation d'ailleurs exceptionnelle des oreillons chez la femme.

BIBLIOTHÈQUE

Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux (1).

Les cardiopathies artérielles

Par le docteur Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat.

I

Le livre publié aujourd'hui par M. Huchard n'est pas la simple reproduction de la 1re édition, parue en 1893, c'est, en quelque sorte, une œuvre nouvelle. Débarrassée des considérations sur la thérapeutique, l'idée générale de ce travail, a pris, à la fois, plus d'extension et plus de précision. C'est bien un *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*, que l'auteur présente au public médical. Consacré aux altérations des artères et à celles du muscle cardiaque qui en sont la conséquence, ce livre constitue la première partie d'une étude complète des maladies du cœur, dont le second volume, destiné aux lésions valvulaires, doit paraître ultérieurement.

Le plan qui préside à la succession de ces deux volumes donne déjà une indication des grands changements qui sont survenus, depuis vingt ans, dans la pathologie cardiaque. Autrefois, en formulant les lois que mon maître, le docteur Landouzy, a si justement qualifiées d'oppressives, Bouillaud faisait graviter autour des lésions valvulaires toutes les maladies du cœur; l'endocardite était la cause anatomique fondamentale, et le rhumatisme la cause pathogénique de toutes les affections cardiaques.

Pendant quarante ans, ces lois demeurèrent incontestées; mais les nombreuses recherches entreprises de divers côtés élargirent peu à peu ces conceptions trop étroites. En même temps que l'anatomie pathologique établissait la fréquence et l'importance des altérations du myocarde, en dehors des lésions valvulaires, l'observation clinique diminuait la part du rhumatisme dans la genèse des cardiopathies, et montrait le retentissement manifeste des maladies les plus variées sur le cœur et sur les vaisseaux. C'est ainsi, qu'à côté de l'insuffisance valvulaire, s'établit l'insuffisance myocardique,

(1) Doin, Paris 1893.

et que le cadre étiologique, trop longtemps limité au rhumatisme, s'étendit progressivement à la généralité des infections et des intoxications.

Tel est, en résumé, le mouvement qui s'est accompli dans ces vingt dernières années. Je n'ai pas à faire ici l'histoire détaillée de cette révolution, ni à retracer le rôle de tous ceux qui, en France et à l'étranger, y ont participé d'une manière efficace. Tout le monde connaît, pour ne parler que de notre pays, les importants travaux de M. le professeur Potain, ceux de MM. Debove et Letulle, de M. Lancereaux, de MM. Rigal et Juhel-Renoy, les recherches histologique si complètes et si précises d'Hippolyte Martin et nombre d'autres publications estimées.

Je tiens cependant à rappeler que mon excellent maître, le docteur Landouzy, a été l'un des initiateurs les plus féconds en cette matière. Dès 1881, dans ses leçons cliniques de la Charité (pendant les vacances), il démontrait la réalité de l'insuffisance mitrale fonctionnelle, sans lésions valvulaires, et opposait les lésions aortiques aux lésions mitrales, aux multiples points de vue de l'étiologie, de la pathogénie, de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie, et, depuis, il a fréquemment entrepris et inspiré à ses élèves des recherches dans cette voie, contribuant ainsi puissamment à démontrer et à vulgariser la notion des artérites et de leur retentissement sur le cœur.

Mais, parmi ceux qui ont poursuivi ce travail de rénovation, M. Huchard a, depuis longtemps, conquis une place prépondérante. Il a eu le double mérite de compter parmi les ouvriers de la première heure, et de se consacrer patiemment et passionnément, pendant plus de vingt années, à des recherches approfondies sur le même sujet. Depuis le mémoire qu'il publiait en 1870 avec Desnos, M. Huchard a étudié, sans cesse, sous toutes ses faces, la pathologie cardiaque, contrôlant le travail d'autrui par ses nombreuses observations cliniques et anatomiques, et y ajoutant le fruit de sa longue expérience.

Une pareille continuité dans le travail ne pouvait être que fructueuse, et le livre que vient de publier M. Huchard en est la preuve.

Après les nombreux essais de dissociation qui ont peu à peu séparé des maladies valvulaires du cœur les affections résultant de lésions des vaisseaux, il était utile de faire en quelque sorte la synthèse de l'artério-sclérose, c'est ce que l'auteur a réalisé dans ce livre.

II

L'ouvrage est divisé en 28 leçons cliniques dans lesquelles sont étudiées successivement : les modifications de la tension sanguine dans les artères (hypotension et hypertension); les modifications de la structure des artères (sclérose et athérome); les transformations scléreuses des viscères consécutives à l'artério-sclérose, et, en particulier, la cardio-sclérose, et enfin, l'angine de poitrine.

Ce plan répond à la conception de M. Huchard sur l'évolution clinique de la maladie, qui commence par les artères de la périphérie, pour envahir les gros vaisseaux et le cœur.

Les deux premières leçons sont consacrées à l'hypotension artérielle dans les maladies. Si intéressante que soit cette étude, elle ne se rapporte pas directement à l'idée générale du livre, qui se résume dans l'histoire clinique et anatomique de l'artério-sclérose. L'auteur insiste avec raison sur l'importance du pouls dans les diverses maladies, au point de vue du pronostic, non seulement dans les affections cardiaques et, en particulier, dans les lésions valvulaires, mais dans les maladies générales, où il donne assez exactement la mesure de la résistance du myocarde.

C'était l'un des thèmes favoris de mon regretté maître, le professeur Hardy, dans son enseignement de la Charité. Il aimait à opposer aux indications thermométriques les signes fournis par l'examen du pouls, et qui permettent de juger avec plus de précision de la gravité d'une maladie.

M. Huchard ajoute la description d'un nouveau symptôme dont il a, le premier, bien indiqué la valeur, c'est le phénomène de l'embryocardie, ou rythme fœtal des bruits du cœur, dont l'apparition est l'indice prochain du collapsus cardiaque.

III

Avec l'hypertension artérielle, qui fait l'objet des trois leçons suivantes, commence vraiment l'étude de l'artério-sclérose. M. Huchard considère, en effet, l'hypertension artérielle comme étant la période initiale, la phase préartérielle de la maladie. Cette partie est, à mon avis, l'une des plus intéressantes du livre, c'est assurément celle qu contient les aperçus les plus nouveaux, celle où se voit le mieux la marque personnelle de l'auteur.

Tandis qu'on étudie généralement l'artério-sclérose confirmée, l'auteur s'étend longuement sur les prodromes, alors qu'il n'existe pas encore de lésions appréciables, et que, seules, les petites artérioles de la périphérie apportent un obstacle à la circulation, et maintiennent une réplétion exagérée des artères produisant, l'hypertension.

M. Huchard insiste sur l'absence de lésions véritables, à cette période, qui, pour lui, se résumerait dans la tonicité exagérée des petits vaisseaux, et l'hypertension qui en résulte devient la cause de l'irritation vasculaire aboutissant à l'artério-sclérose. Malgré les preuves d'ordre physiologique et thérapeutique que l'auteur donne en faveur de cette théorie, elle ne me paraît pas à l'abri de toute objection. L'état spasmodique des petits vaisseaux est-il incontestablement primitif, antérieur à toute lésion des parois vasculaires ? Je ne crois pas que cette intégrité absolue s'appuie sur des examens histologiques concluants. Il est impossible, à la vérité, d'apporter la preuve négative, mais on peut émettre l'hypothèse d'altérations superficielles rudimentaires qui compromettent déjà, à cette époque, le parfait fonctionnement de l'appareil circulatoire.

Quant à la subordination de la sclérose artérielle à l'hypertension, si nettement affirmée par l'auteur à plusieurs reprises, elle me paraît encore plus discutable. Je pense qu'il faut moins envisager la quantité du sang qui distend les vaisseaux que sa quaité. Jusqu'ici la chimie biologique est loin de nous avoir fait connaître les modifications précises du sang au cours des diverses diathèses et des maladies infectieuses.

Pour n'être pas définies chimiquement, ces altérations n'existent-elles pas ? Les physiologistes et les bactériologistes n'ont-ils pas démontré par des expériences irréfutables, la diffusion dans le sang et les tissus des poisons solubles sécrétés par les microbes pathogènes ? Le sang des goutteux, des arthritiques, diabétiques, etc., ne contient-il pas des éléments plus ou moins irritants, et susceptibles de provoquer, à l'instar des poisons microbiens, des lésions vasculaires ?

Les résultats merveilleux de la diète lactée, sur lesquels insiste si judicieusement M. Huchard, ne sont-ils pas dus à la modification rapide d'un sang altéré ? L'importance du régime alimentaire que l'auteur met en lumière, mieux que personne, ne plaide-t-elle pas dans le même sens ?

Je crois, d'ailleurs, que ma manière de voir n'est pas en désaccord avec celle de l'auteur, car s'il n'envisage en quelque sorte l'hypertension qu'au point de vue mécanique; dans sa théorie, il est facile de voir que sa pensée va plus loin Il parle quelque part de « l'influence convulsivante de certaines toxines alimentaires sur la musculature des petits vaisseaux », n'est-ce pas reconnaître, en principe, dans une certaine mesure, l'origine humorale de l'artério-sclérose ? quoique l'auteur ne l'ait pas affirmée nettement.

Ces objections ne visent que des points relatifs à l'étiologie et à la pathogénie, à propos desquels la controverse est relativement aisée, mais elles ne peuvent jeter aucune ombre sur la magistrale description clinique des phénomènes qui caractérisent la phase préartérielle de l'artério-sclérose.

M. Huchard signale longuement, et avec un soin méticuleux, les désordres qui éclatent dans les différents organes, comme autant d'avertissements, trop souvent méconnus, les hémorrhagies, les névralgies, douleurs rhumatoïdes, vertiges, troubles visuels, dyspnées, etc., etc., qui témoignent de la perturbation jetée dans tous les territoires de l'organisme par les modifications de l'appareil circulatoire.

Ces trois chapitres ont une importance capitale, et on ne saurait trop en recommander la lecture, puisqu'ils apprendront à faire le diagnostic précoce de l'artério-sclérose, à la période où les lésions, encore rudimentaires, peuvent être enrayées par un traitement approprié. Or, l'auteur a minutieusement développé toutes les indications relatives au régime alimentaire, et au choix des médicaments.

IV

Les dix leçons qui suivent sont consacrées à l'artério-sclérose proprement dite et à la sclérose du cœur, en particulier. Elles traitent de matières mieux connues, et n'ont pas la nouveauté, l'originalité des chapitres précédents, mais elles n'en constituent pas moins le point culminant de l'ouvrage.

L'auteur fait l'histoire complète de l'artério-sclérose dont il décrit toutes les manifestations cliniques et anatomiques. Dans une esquisse générale, il montre la dissémination de la sclérose dans la plupart des organes, à la faveur des altérations artérielles, l'apparition de scléroses isolées, associées ou combinées, donnant lieu à des phénomènes cliniques qui varient à l'infini, suivant chacune de ces modalités anatomiques. Les lésions de l'artério-sclérose, leurs rapports avec l'athérome, avec les dégénérescences viscérales, sont étudiées aussi complètement que le permet l'état actuel de la science.

M. Huchard, passant en revue les diverses théories émises sur la genèse de la sclérose dans les organes, conclut à l'existence simultanée de scléroses périvasculaires, par propagation de la périartérite, et des scléroses paravasculaires, par dystrophies à distance.

L'étiologie est traitée à un point de vue très large, et l'auteur insiste avec raison sur la fréquence et la multiplicité des causes qui engendrent l'artério-sclérose. L'hérédité, soit qu'elle agisse directement, soit qu'elle se manifeste par l'intermédiaire d'affections diathésiques, également héréditaires, telles que le rhumatisme, la goutte, le diabète, l'arthritisme, etc., les maladies infectieuses, les intoxications, les auto-intoxications résultant d'un régime défectueux ou de troubles digestifs, le surmenage, la fatigue, les chagrins, la vieillesse, et toutes les circonstances qui agissent en modifiant le processus normal d'assimilation et de désassimilation. Toutes ces causes isolées ou combinées, contribuent à la genèse de l'artériosclérose.

M. Huchard oppose avec raison les cardiopathies valvulaires, qui sont le plus souvent consécutives à l'endocardite du rhumatisme articulaire aigu, aux cardiopathies artérielles qui touchent, par leurs origines à toutes les maladies diathésiques, microbiennes ou toxiques. Cela suffirait à établir la prépondérance des affections vasculaires sur les maladies orificielles du cœur, comme l'enseigne depuis longtemps mon cher maître, le docteur Landouzy.

Quand l'artériosclérose a atteint les muscles cardiaques, on voit la maladie entrer dans une phase nouvelle et aboutir plus ou moins rapidement à l'asystolie, en présentant

des phénomènes qui offrent quelque analogie avec ceux des cardiopathies valvulaires.

Il serait trop long de suivre l'auteur à travers les descriptions détaillées qu'il donne des divers aspects cliniques de la maladie, suivant que domine tel ou tel symptôme : l'arythmie, la tachycardie, la douleur, l'insuffisance orificielle, etc., etc., ou suivant que l'altération prédominante de tel ou tel organe permet de crééer des types mixtes, réalisant les variétés cardio-rénale, cardio-hépatique, cardio-pulmonaire, cardio-bulbaire, etc.

M. Huchard consacre de longs développements à la thérapeutique de ces affections, en insistant sur les particularités qui conviennent à chaque période de la maladie. La phase préartérielle peut être enrayée par le régime lacté, auquel on fait succéder un régime alimentaire destiné à supprimer, dans la mesure du possible, les toxines dans l'économie. Dès cette époque, les préparations iodurées sont nécessaires.

A la phase artérielle conviennent les iodures, les nitrites combinés à un régime plus sévère. La dernière période réclame d'une façon générale le traitement des affections valvulaires mal compensées, et dont les toniques du cœur forment la base essentielle.

Si l'on envisage, dans son ensemble, toute cette partie de l'ouvrage, on voit, comme je le faisais remarquer plus haut, qu'il s'agit de phénomènes que les nombreux travaux de ces dernières années avaient vulgarisés pour la plupart, et encore faut-il reconnaître que M. Huchard a pris une très grande part à ces recherches. Mais si l'on analyse les détails, on peut se convaincre que, jusqu'ici, personne n'avait décrit, avec autant de précision, toutes les variétés que présente l'observation clinique, et les déductions thérapeutiques qui en découlent. Il en résulte de précieuses indications pour le diagnostic de ces affections et pour leur traitement. C'est à ce point de vue que l'auteur, en éclairant de sa grande expérience ces questions complexes, en a fait une œuvre personnelle.

V

Après trois excellentes leçons sur les aortites, qui résument bien l'état actuel de nos connaissances sur ces affections, encore trop méconnues, M. Huchard aborde l'intéressante question des angines de poitrine, qu'il avait déja traitée en 1883. Il apporte de nouvelles observations cliniques et anatomiques à l'appui de la théorie artérielle de l'angor pectoris, qu'il avait défendue dans plusieurs mémoires bien connus, de 1883 à 1887.

Il développpe, à ce propos, ses idées sur la curabilité de l'angine de poitrine par la médication artérielle basée sur le régime, les iodures, les nitrites, etc. La pathogénie des angines de poitrine, le diagnostic des vraies et fausses angines, les indications thérapeutiques constituent les parties les plus intéressantes de ces dernières leçons, dans lesquelles on trouvera, d'ailleurs, de nouvelles observations cliniques et anatomiques en faveur des théories de l'auteur.

En résumé, si l'on peut discuter la nouveauté de certaines descriptions, l'interprétation de quelques détails, le travail de M. Huchard n'en constitue pas moins une œuvre importante et utile. La précision des études cliniques, les longs développements consacrés à la thérapeutique, en font un livre essentiellement pratique, qui a sa place marquée dans toutes les bibliothèque médicales.

Armand Siredey,
Médecin des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 mars 1893.

Influence des maladies aiguës sur la blennorrhagie.

M. Barthélemy lit l'observation suivante adressée par M. Bogdun. Un jeune homme de 18 ans est envoyé à l'hôpital pour une première blennorrhagie de forme suraiguë contractée huit jours auparavant. Ecoulement purulent très abondant, etc. Quatre ou cinq jours après son entrée, le malade est atteint d'une pneumonie franche occupant une grande étendue du côté gauche. Tout le traitement est dirigé contre la pneumonie : digitale à haute dose, quininc, toniques, etc. Dès le lendemain, l'écoulement a totalement disparu. Au dixième jour, convalescence de la pneumonie et en même temps réapparition de l'écoulement, tout aussi aigu, tout aussi purulent que le premier jour.

M. Barthélemy a observé des faits analogues à propos de fièvres typhoïdes apparues huit jours après le début de blennorrhagies aiguës. L'un des malades succomba; l'autre eut, le dix-septième jour, bien que n'étant pas sorti de son lit, une violente orchite. Plusieurs faits du même genre ou d'autres inverses, des excès de marche ou autres n'étant suivis d'aucune orchite, ont fait naître des doutes dans l'esprit de M. Barthélemy sur l'étiologie de l'orchite par simple propagation. La question de terrain n'est sans doute pas étrangère à la production de cette complication, non plus que l'état infectieux proprement dit, comme dans les oreillons, où M. Barthélemy a vu, dernièrement, une orchite précéder de quatre jours la fluxion ourlienne; il n'y avait pas de blennorrhagie antérieurement.

Dermatose hydrargyrique.

M. Fournier : La malade est une femme de 23 ans qui, dans son enfance, avait eu des maux d'yeux fréquents, des blépharites, des engelures et, enfin, plusieurs attaques d'eczéma.

Le 11 février dernier, légère conjonctivite gauche. La malade va aux Quinze-Vingts, où on lui prescrit des lavages avec une solution de sublimé Dès le deuxième jour du traitement, démangeaisons très vives au niveau de la pommette gauche; la joue devient d'un rouge vif et se couvre de « boutons » à ce niveau. Le lendemain, l'éruption s'étend à tout le visage avec prurit intense, rougeur vive et tuméfaction considérable, si bien que l'entourage de la malade croit à un érysipèle. Cependant, pas de fièvre. Consécutivement au grattage surviennent de petits boutons pleins d'eau qui se mettent à suinter abondamment. L'éruption gagne le cou.

Le 15, la malade se rend à une autre consultation, où on lui prescrit pour ses yeux une pommade au calomel (calomel, 0,50 centigr.; vaseline, 10 grammes) et une pommade restée inconnue pour l'éruption du visage.

Dès le 16, le visage commence à se couvrir de croûtes. Le 18, très violentes démangeaisons à l'anus et à la vulve, qui sont combattues par des applications d'une pommade au précipité blanc.

Sous cette influence, les démangeaisons augmentent, deviennent très vives et très douloureuses. Les grandes lèvres se tuméfient énormément; application de cataplasmes de fécule qui soulagent beaucoup la malade.

Le 25 février, la malade est prise d'une transpiration excessive à la suite de laquelle apparaît une éruption qui, du premier coup, couvre tout le corps. Rougeur vive en nappe étendue sur tout le tégument et s'accompagnant de démangeaisons très vives. Partout l'éruption reste sèche, sauf dans les plis inguinaux, aux jarrets, aux aisselles; dans ces points, il y a un suintement assez intense.

Le 4 mars, la malade se présente à l'hôpital. Le visage est absolument couvert d'un masque croûteux, de couleur jaune ou verte. Les croûtes qui constituent ce masque sont épaisses, mais molles et se détachent facilement. Elles rappellent absolument l'aspect de l'impétigo à grandes croûtes. Les yeux sont respectés. Le corps, dont la rougeur est diminuée, se présente en état de desquamation générale, sauf au niveau des plis articulaires sus-énoncés qui sont encore humides. Cette desquamation est profuse et les draps du lit en sont littéralement couverts. Elle se fait par écailles blanchâtres ou blanches, foliacées.

Apyrexie; pas de troubles des grandes fonctions; pas de stomatites.

Onctions de glycérolé d'amidon, cataplasmes de fécule sur la face, bains d'amidon, iodure de potassium, 0,50.

Le 8 mars, les croûtes de la face sont tombées depuis vingt-quatre à quarante-huit heures. Elles ont laissé une peau un peu rougeâtre, qui pâlit progressivement et desquame par petites écailles assez épaisses.

La desquamation continue sur tout le corps, sauf aux plis articulaires qui sont encore rougeâtres, mais secs. Elle se fait par plus petites écailles et tend à devenir furfuracées.

Cette observation est des plus intéressantes, car si l'interrogatoire de la malade avait été mal dirigé et l'examen incomplet, on aurait pu croire à un impétigo vulgaire que les antécédents rendaient très admissibles.

(La fin au prochain numéro.)

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 8 mars 1893, M. Arnould, médecin inspecteur de la section de réserve, a été promu au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 8 mars 1890, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Barallier, médecin principal de la marine, et M. Rangé, médecin principal des colonies.

Au grade de chevalier : MM. les médecins de 1re classe de la marine Millon et Mercié ; MM. les médecins de 1re classe des colonies Grall et Carrière.

École de médecine de Tours. — M. le professeur Barnsby est nommé directeur de l'École en remplacement de M. Danner, nommé directeur honoraire.

Corps de santé de la marine. — MM. les médecins de 2e classe Onimus, du port de Toulon; Chevalier, du port de Rochefort, et, Garnier, du port de Brest, sont désignés pour aller servir au Tonkin (service général).

Le Gérant ; L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

HYGIÈNE

—

FALSIFICATIONS DES VINS

La réforme de l'impôt sur les boissons, dont j'ai parlé dans un de mes précédents articles (1), s'est présentée le 7 mars devant le Sénat; mais elle n'y a pas été discutée. La haute Assemblée a pensé que, pour étudier une question de cette importance, il faudrait retarder trop longtemps le vote du budget. Elle a pris, en conséquence, le parti de la disjoindre de la loi de finances pour la renvoyer à un examen ultérieur; mais en s'engageant à s'en occuper sans retard, de façon à ce qu'elle soit tranchée avant la discussion du budget de 1894. Il faut espérer que le Sénat, plus logique que la Chambre des députés, votera la loi avec ses conséquences rationnelles, c'est-à-dire, en donnant pour contre-poids au dégrèvement des boissons hygiéniques, la surtaxe de l'alcool et la suppression du scandaleux privilège des bouilleurs de cru.

Puisque cette question si importante pour l'hygiène est toujours pendante, nous sommes encore à temps pour nous occuper d'un de ses côtés les plus épineux.

En demandant, comme ils le font depuis tant d'années, le dégrèvement des vins, du cidre et de la bière, les hygiénistes se préoccupent surtout de la santé des classes laborieuses. Ils ont pour but de rendre moins onéreuse pour elles la consommation des boissons qui leur font du bien, et de l'accroître aux dépens de celle de l'alcool qui les empoisonne; mais il faut pour cela que ces boissons ne soient pas elles-mêmes des poisons, ainsi que cela arrive trop souvent aujourd'hui.

L'art néfaste des falsifications a fait des progrès considérables depuis vingt ans. Les ravages du phylloxera lui ont donné un essor que les découvertes de la science moderne ont favorisé à tel point que les gourmets et les chimistes eux-mêmes hésitent à se prononcer. C'est une raison de plus pour mieux étudier la question.

Il faut commencer par bien s'entendre sur la valeur du mot falsification. Sur 29,082,000 hectolitres de vin que nous avons récoltés l'an dernier, il n'y en a certainement pas plus de cinq millions qui soient destinés à être consommés dans leur pureté virginale, c'est-à-dire tels que le sol les a produits. Il n'y a que les grands crus qui soient l'objet d'un pareil respect; le

(1) *Union médicale* du 16 février 1893, n° 20, page 229.

reste est toujours plus ou moins manipulé, mais les traitements qu'on leur fait subir ne sont pas tous des falsifications. Cette qualification doit s'appliquer seulement à l'*addition de toute substance qui change la composition du vin* (1).

De tout temps, on a mélangé des vins de qualités différentes pour corriger leurs défauts respectifs par des qualités contraires. C'est ainsi qu'en unissant les gros vins très colorés du Midi avec les crus faibles en alcool que produit le nord-ouest de la France, on arrive à utiliser des produits qui ne pourraient pas être consommés sans cela.

Le *coupage*, c'est le nom donné dans le commerce à cette opération, est une pratique parfaitement licite. C'est un art comme un autre et les négociants qui le pratiquent honnêtement ne sont nullement répréhensibles; mais c'est une pente dangereuse. Quand on a sous la main ces gros vins du midi de la France, de l'Espagne et de l'Italie. si corsés qu'on leur donne dans le commerce le nom de *vins de trois couleurs,* il est bien difficile de se soustraire à la tentation d'y mettre de l'eau, de pratiquer le *mouillage*; mais l'eau est incolore et si l'on en ajoute trop, il faut bien le relever ensuite avec un peu de *fuchsine*, avec la *teinte de Fismes* ou toute autre matière colorante, car on n'a que l'embarras du choix (2). Puis viennent les vins trop verts, trop acides, qu'on traite par le *plâtrage*, les vins trop faibles qu'on additionne d'alcool, ceux qu'on veut empêcher de fermenter, et qu'on traite par l'acide salycilique, ceux qui manquent de sève, d'arome, auxquels on en donne.

Le bouquet des grands crus est imité sur une large échelle par des procédés scientifiques. Les éthers œnanthique, pélargonique sont contrefaits par des mélanges d'essences que l'industrie prépare artificiellement. A l'Institut de Klosternenburg (Autriche), on apprend à fabriquer des extraits ou éthers œnanthiques qui reproduisent les bouquets des vins les plus renommés (3). On en arrive ainsi, de proche en proche, à produire et à répandre dans le commerce des vins parfaitement imités dans lesquels il n'existe pas de traces de jus de raisin et qui sont très difficiles à distinguer des autres (4).

Ainsi, les chimistes n'ont pas, jusqu'à ce jour, de procédé certain pour reconnaître le vin de raisin sec du vin de raisin frais dans les mélanges. Lorsqu'il est pur, on le reconnaît à la présence de l'acide formique et d'un nombre considérable de bactéries qu'on ne trouve pas dans le vin naturel. Cette fabrication a augmenté, dans nne proportion considérable, depuis les ravages du phylloxera. L'importation des raisins du Levant, désignés sous le nom de *raisins de Corinthe*, qui était, en 1880, de 7 millions de kilo-

(1) C'est la doctrine du Laboratoire municipal de Paris, c'est aussi celle de la loi, qui s'exprime ainsi : « La falsification d'un produit alimentaire consiste dans le fait de mêler à ce produit un élément que la nature n'y a pas mis, ou de modifier, par ce mélange, les proportions de la composition naturelle. »

(2) Pour l'énumération, les caractères et la recherche de ces matières colorantes, voir le rapport de M. Girard, directeur du laboratoire municipal; Paris, 1882.

(3) *Rapport de la commission supérieure de l'Exposition de Vienne*, t. I, p. 289.

(4) *Documents sur les falsifications des matières alimentaires et sur les travaux du laboratoire municipal*, Paris 1882.

grammes, s'est élevée, en deux ans, à 55 millions. Dans le même laps de temps, la production du vin de raisin sec a monté de 2 millions d'hectolitres à 55 millions. Cette fabrication n'est pas une fraude, si on avertit le consommateur de la nature du produit qu'on lui livre; mais elle le devient lorsqu'on le mélange, comme on le fait d'habitude, avec les gros vins du Midi et qu'on se garde bien d'en prévenir l'acheteur. Dans tous les cas, l'hygiène s'en désintéresse.

Le *mouillage* lui est également indifférent en lui-même. Lorsqu'on se borne à baptiser le vin, suivant l'expression consacrée, on fraude les droits, on trompe l'acheteur, mais on ne porte pas atteinte à sa santé; seulement, le mouillage ne marche jamais tout seul; il est trop facile à reconnaître, il a pour conséquences nécessaires quelques-unes des falsifications dont nous parlions plus loin. Le comité consultatif des laboratoires municipaux et départementaux s'est prononcé contre lui d'une manière formelle, sur un rapport de M. Armand Gautier. (*Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique*, année 1884, t. XIV, p. 408).

A côté de ces fraudes inoffensives, il y en a qui sont de véritables crimes. On ne peut pas qualifier d'un autre nom la pratique qui consiste à ajouter au vin de la litharge, pour en diminuer l'acescence. Elle se transforme en acétate de plomb dont la saveur sucrée sert à masquer l'acidité et elle donne la colique saturnine à tous ceux qui en boivent. Cette falsification criminelle était autrefois assez commune. On y a renoncé à peu près complètement en France, parce qu'elle est par trop facile à reconnaître. Il suffit de décolorer le vin et de le traiter par l'acide sulfhydrique, pour y voir apparaître un précipité noir de sulfure de plomb.

Les falsifications dont nous allons nous occuper peuvent être nuisibles, mais ce ne sont pas d'aussi criminels empoisonnements. Nous ne saurions les passer toutes en revue, nous nous bornerons à signaler les plus usitées.

Plâtrage. Cette pratique, bien qu'elle ait été imaginée par Chaptal, ne s'est répandue que de nos jours. Elle remonte à 1829, et n'a été d'abord en usage que dans quelques localités du Gard; mais, depuis cette époque, elle a été adoptée dans tous les départements du Midi. On l'y considère comme indispensable à la conservation des vins.

Le plâtrage peut se faire de deux façons. Dans le premier procédé, qui est le plus ancien, on ajoute du plâtre au vin déjà soutiré; c'est le plâtrage au tonneau et son action est limitée aux composés que le vin tient en dissolution. Dans le second, le plâtre est ajouté à la vendange elle-même, c'est le plâtrage à la cuve. Dans ce cas, la substance ajoutée agit sur toutes les parties de la grappe. Ce procédé est plus simple. On projette le plâtre à la pelle sur la vendange en fermentation, et le vin en prend ce qu'il veut (1). En général, il se contente de 2 à 4 grammes par litre, mais on en trouve quelquefois bien davantage. On a constaté la proportion de 7 gr. 38 dans un vin des Pyrénées-Orientales et de 8 gr. 33 dans un vin de Clermont (Hérault).

La question de savoir si le plâtrage est ou non nuisible à la santé a été discutée à maintes reprises au Comité consultatif d'hygiène et à l'Académie de médecine; elle a donné lieu à des brochures sans nombre de la part des

(1) Riche, chapitre boissons. *Encyclopédie d'hygiène*, t. II, p. 518.

intéressés. Je ne peux pas reproduire ici ces longs débats (1). Ils seraient sans intérêt aujourd'hui.

Le vin, pour conserver sa couleur rouge, pour rester brillant, limpide, a besoin d'une certaine acidité, surtout dans les contrées du Midi où le raisin est souvent trop mûr. Le plâtre décompose le bitartrate de potasse en excès et forme un tartrate de chaux insoluble qui se précipite au fond de la cuve et un sulfate acide de potasse qui reste dans la liqueur et augmente sensiblement son acidité. Le tartrate de chaux, en se précipitant, entraîne mécaniquement les matières en suspension dans le liquide et le clarifie. Le plâtrage rend la fermentation plus complète. Cette triple action assure la conservation du vin et en facilite le transport, mais elle en altère profondément la composition.

La question hygiénique, longtemps indécise, est aujourd'hui tranchée. Le *sulfate acide de potasse* est un sel caustique et d'une saveur acide intolérable lorsqu'il est en dissolution concentrée. Or, il peut s'élever, par le plâtrage, jusqu'à 6 ou 8 grammes par litre, et, dans cette proportion, il est nuisible à la santé. Il peut ne pas déterminer d'accidents immédiats; mais, quand il s'agit d'une boisson dont on fait un usage quotidien, dont les ouvriers du midi de la France absorbent en moyenne un litre et demi par jour, ce sel acide et âcre doit, à la longue, déterminer des troubles gastriques. Les vins rouges, comme on le sait, déterminent fréquemment des dyspepsies; beaucoup de gens sont obligés d'y renoncer et d'adopter l'usage de la bière; il est rationnel d'attribuer ces effets nuisibles aux falsifications qu'on fait subir aux vins, et le plâtrage doit y entrer pour une large part.

Il est admis aujourd'hui qu'on ne saurait tolérer la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, que jusqu'à *la limite maxima de 2 grammes par litre*. C'est celle qu'a fixée la circulaire du ministre de la guerre, en date du 16 août 1876 pour les vins destinés aux subsistance militaires. C'est celle que le Comité consultatif d'hygiène publique a adoptée dans sa séance du 12 mars 1879 sur le rapport de Legouest, et qu'il a confirmée, le 22 juin 1885, sur un rapport de M. Richard (2); enfin, c'est celle à laquelle s'est arrêté l'Académie de médecine à la suite du rapport de M. Marty que nous avons cité plus haut (2).

Cette tolérance a été motivée par la présence normale du sulfate acide de potasse dans le vin le plus naturel. M. Riche en a trouvé jusqu'à 0 gr. 9 par litre dans certains crus du midi; il s'élève souvent jusqu'à 0 gr. 6. De plus, il a fallu tenir compte des nécessités de la production et même des intérêts du consommateur, car si le plâtrage n'est pas indispensable à la fabrication du vin, même dans le Midi, si certains producteurs de la Provence et de la Bourgogne s'en abstiennent d'une manière absolue, il paraît constant que, dans les mauvaises années, un plâtrage modéré est nécessaire pour sauver la récolte.

Phosphatage. — A l'époque où on a fait au plâtrage le procès dont nous venons de parler, les viticulteurs s'efforcèrent de trouver des procédés

(1) Pour cet historique, voir le rapport de M. Marty lu à l'Académie de médecine le 5 juin 1888. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX, p. 769).

(2) Dr Richard : *Rapport sur le plâtrage de vins.* (*Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique*, t. XV, p. 363.)

plus inoffensifs pour atteindre le même but. En 1887, un viticulteur de l'Hérault, M. Hugonnenq, proposa de recourir à l'emploi du phosphate de chaux tribasique. M. A. Gautier, dans un rapport à l'Académie de médecine, a émis une opinion favorable à cette pratique (1). Elle augmente la proportion d'alcool, l'acidité des vins, la quantité de l'extrait, celle des phosphates et de la crème de tartre. Elle donne à la liqueur une couleur plus intense. Les résultats ont besoin d'être confirmés par l'expérience.

Tartrage. — Le tartrage consiste à ajouter au raisin, au moment même de la mise en cuve, de 200 à 300 grammes d'acide tartrique et de 120 à 180 grammes de craie concassée par hectolitre; ces deux substances, d'où résulte le tartrate calcique, sont séparées par des lits successifs de vendange. Cette pratique, due à M. Calmettes (de Narbonne), a été communiquée à l'Académie de médecine le 8 novembre 1887. Dans son rapport déjà cité, M. A. Gautier lui attribue à peu près les mêmes effets qu'au phosphatage et lui reconnaît les mêmes avantages (2). Ce sujet, comme le précédent, appelle de nouvelles recherches.

Nous nous occuperons, dans un second article, du vinage, du salicylage et des autres modes de traitement des vins qui n'ont pu trouver place dans celui-ci.

Jules Rochard.

Exothyropexie.

(Luxation supra-claviculaire du goitre. — Exposition méthodique de la tumeur au dehors entre les lèvres de la plaie.)

Tel est le titre d'une communication faite au nom de M. Jaboulay, par M. le professeur Poncet, à la Société de médecine de Lyon.

Il s'agissait d'un enfant de 15 ans porteur, depuis trois ans, d'un goitre donnant au cou une circonférence de 44 centimètres et produisant depuis quelques mois de la dyspnée persistante déterminant même des accès de suffocation.

L'intervention était devenue nécessaire. M. Jaboulay la pratiqua comptant enlever la tumeur par le procédé de l'énucléation intra-glandulaire, si la chose était possible. Mais la sérumectomie ne put être faite, la thyroïdectomie fut même rejetée à cause de l'extrême vascularisation du goitre, et pourtant M. Jaboulay put mobiliser la tumeur, l'énucléer au dehors à travers les lèvres de la plaie et, à l'aide de pansements antiseptiques, empêcher l'infection de cette masse, qui s'atrophia petit à petit à ce point que le malade put quitter l'hôpital pour retourner dans son pays. Les dates manquent à l'observation, ainsi que l'état de l'opéré, mais, au bout de trois semaines, le cou ne mesurait plus que 33 centimètres de circonférence, et, à sa sortie du service, la guérison était complète.

Il y a deux points intéressants dans cette thérapeutique du goitre ; d'abord le moyen de faire cesser les accidents de suffocation sans faire courir au patient les dangers de la thyroïdectomie et ensuite la cure du goitre parenchymateux par l'atrophie, atrophie dé-

---

(1) A. Gautier : *Rapport sur de nouveaux procédés de vinification destinés à remplacer le plâtrage des moûts de vin.* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1888, t. XX, p. 73.)

(2) A. Gautier : *Rapport sur de nouveaux procédés de vinification.* (*Bulletin de l'Académie*, 1888, t. XX, p. 86.)

terminée par l'exposition *au dehors* du néoplasme, par le changement de ses rapports et de sa situation.

MM. Bonnet et Ollier ont cherché à atteindre le même but et y sont arrivés en déplaçant aussi la tumeur et en la fixant dans sa nouvelle position à l'aide de flèches de pâtes de Canquoin. M. Jaboulay, lui, incise le cou sur la ligne médiane, dans toute l'étendue du goitre, jusqu'à la fourchette sternale, le mobilise et, le faisant sortir de derrière la ceinture sterno-costale, fait cesser les symptômes de compression en interposant la peau et les parties molles entre la tumeur et son ancienne loge. Il y a là une idée nouvelle et qui, dans certains cas, pourra rendre des services; mais il est bien entendu que, pour réaliser cette manière de faire, il faudra que le goitre puisse facilement se mobiliser et s'énucléer sans produire des tiraillements soit du côté des vaiseeaux, des nerfs ou de la trachée.

Pour l'atrophie, dans le cas de M. Jaboulay, elle a eu lieu sans accidents, le malade a eu tout au plus 39 à 40° de température pendant quelques jours. Cette atrophie a été complète, et ce chirurgien la recherchait de parti pris, c'était bien, chez lui, une méthode qu'il essayait, pnisqu'il avait déjà fait une tentative analogue pour obtenir l'atrophie des ovaires en les exposant et les fixant simplement au dehors sans en pratiquer l'ablation.

Les choses se passeront-elles toujours aussi simplement? Cette atrophie ne pourra-t-elle pas se changer, sur certains points, en plaques de gangrène, et alors n'y aura-t-il pas à craindre des accidents septiques qui forceront à faire l'extirpation, qui n'aura été ainsi que reculée? Ce sont de simples hypothèses que nous émettons. Toujours est-il qu'on comprend le mécanisme de cette atrophie glandulaire non seulement par les changements dans les conditions mécaniques de la tumeur et les modifications vasculaires consécutives, comme le pense M. Pollosson, mais peut être encore par la striction opérée sur l'espèce de pédicule ainsi formé, par la cicatrisation de la plaie cutanée qui tend à se rétrécir petit à petit. — E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Ovariotomie dans le cours d'une septicémie puerpérale.

M. Le Roy des Barres a eu à soigner une femme de 29 ans qui, trois jours après être accouchée pour la quatrième fois, fut prise d'accidents d'infection; il y eut successivement une péritonite, une pleurésie droite et une phlegmatia de la jambe gauche. Le ventre devint bientôt très volumineux et on constata alors l'existence d'un kyste de l'ovaire s'accroissant rapidement. La gêne de la respiration devenant excessive, on fit une ponction palliative qui permit de retirer plusieurs litres de pus fétide. L'état général, qui était mauvais, s'améliora et on se décida à pratiquer l'ovariotomie. M. Le Roy des Barres enleva, avec difficulté, à cause des adhérences, un kyste uniloculaire, parovarien. Les suites furent très simples et l'opérée guérit complètement.

Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire

M. Lancereaux donne lecture d'un travail de M. Caravias sur ce sujet. Cet auteur attribue à l'acide succinique, qui existe dans l'organisme des chèvres ou du chien, l'immunité

de ces animaux contre la tuberculose. On ne peut songer à administrer directement ce corps, car il se décompose dans l'estomac en eau et acide carbonique, mais un certain nombre de substances peuvent fournir de l'acide succinique en se transformant dans l'organisme. Ce sont surtout la viande crue, la graisse, le bimalate de chaux, l'acide benzoïque, les légumes verts, etc.

M. Caravias donne aux tuberculeux 250 grammes de viande crue, 50 grammes de graisse, 1 gramme de pepsine non acidifiée et 1 gramme de bimalate de chaux. Il est bon d'ajouter une petite quantité d'acide benzoïque.

M. Lancereaux a expérimenté ce traitement dans son service chez des tuberculeux à différentes périodes. Les sueurs disparaissent, l'appétit renaît si bien que les malades prennent la viande avec plaisir, la toux et l'oppression diminuent. Cependant il n'y a pas de modification des signes physiques et la fièvre persiste le soir.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que la viande crue est depuis longtemps prescrite couramment chez les tuberculeux. Lorsque ces derniers ont un bon estomac, elle donne de très bons résultats. Quant au bimalate de chaux, il est douteux qu'il ait une grande efficacité. Enfin, la chèvre est loin d'être réfractaire à la tuberculose.

Note sur un nouveau cas d'actynomycose traité et guéri par l'iodure de potassium, par le docteur Meunier (de Tours).

C'est le septième cas publié en France depuis deux ans, mais c'est le premier traité par l'iodure de potassium.

L'affection s'est présentée sous l'aspect d'un phlegmon cervical, mais avec des caractères et surtout une dureté tels que l'idée d'un phlegmon banal devait être écartée.

C'est pourquoi l'iodure fut administré, dès le début, à la dose quotidienne de 1 gr. 50 environ, avant que le diagnostic histologique fût fait.

Les résultats furent tels que M. Meunier serait tenté, avec Thomassen, de considérer l'iodure comme le spécifique de l'actynomycose ; il faut, en outre, observer que la consistance de la tuméfaction, sa dureté, pouvaient permettre le diagnostic précoce.

M. Meunier propose de donner à l'affection le nom de pseudo-phlegmon cervical actinomycosique.

— MM. Liétard et Costa sont élus correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 mars 1893.

Névrite ascendante — Troubles trophiques (*suite*).

M. Quinquaud : Le malade est un ouvrier qui fut blessé à la main droite assez grièvement par des éclats de cuivre provenant de l'explosion d'un tuyau de machine à vapeur. Les lésions s'infectèrent et mirent plus de six mois à se cicatriser, et, pendant quelque temps, il ne survint d'autre phénomène que des douleurs peu nettes sur les doigts et le poignet. Il y a un mois, les douleurs devinrent plus intenses et prirent le caractère fulgurant; elles se répètent par accès nocturnes et ne dépassent pas l'épaule.

Une quinzaine de jours après le début des douleurs, des ulcères ont apparu sur la face palmaire du poignet. Huit jours après, d'autres se sont montrés sur la main et le poignet à leur face dorsale. Ils débutent par une petite saillie rouge au milieu de laquelle on peut apercevoir un point blanc qui s'étend rapidement; à aucun moment il ne semble y avoir de bulle.

A l'entrée du malade, le 15 février 1893, la main est en forme de griffe, et lorsque l'on essaye de redresser les doigts on provoque de vives douleurs.

Les ulcérations, arrondies, inégales, au nombre de sept à huit, siègent sur la face dorsale du médius et de la main, sur le poignet et les deux tiers inférieurs de la région postérieure de l'avant-bras. Elles ont, en moyenne, les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

L'anesthésie est à peu près complète sur les quatre derniers doigts, la face dorsale de la main droite, la région moyenne de la paume de la main, la région hypothénar, le poignet, l'avant-bras jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ulcération la plus élevée. La sensibilité profonde est conservée.

Le tiers supérieur, la région externe de l'avant-bras droit, la région hypothénar, le pouce présentent la sensibilité à peu près normale.

En résumé, sont anesthésiées toutes les régions innervées par les branches sensitives du nerf cubital, les branches cutanées du médian, excepté la région hypothénar et, enfin, celles qui reçoivent du radial les collatéraux de l'index et le collatéral de l'annulaire.

Les mouvements des doigts sont presque abolis, la main est froide. Près de la dernière ulcération, dans une étendue de 3 centimètres, il y a quelques troubles de dissociation de sensibilité.

Le traitement consiste dans des applications de poudre de cosophane et le pansement ouaté de Guérin.

Il est évident que les lésions ulcéreuses sont en rapport avec le trouble de l'innervation, puisqu'elles siègent uniquement dans la zone anesthésiée et non pas à côté où la sensibilité est conservée.

S'agit-il de lésions dues à la lèpre? Non, car on n'a pas trouvé de bacilles et le nerf cubital n'est pas altéré. On n'est pas non plus en présence d'une syringomyélie anormale au début, car la dissociation sensitive est tout à fait accessoire et la durée des troubles exclut ce diagnostic. Il ne s'agit pas non plus de troubles trophiques proprement dits, car ces lésions guérissent rapidement sous l'influence des pansements pour reparaître ou s'aggraver avec la cessation de ce pansement. Ce sont là, néanmoins, des lésions appelées trophiques. Pour M. Quinquaud, elles se sont produites, dans ce cas, sur un terrain préparé par les lésions nerveuses à l'envahissement microbien, et les troubles de vascularisation expliquent suffisamment l'escharification qui se produit dans ces régions où la circulation est difficile. Il se fait là quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la cornée après l'expérience de Magendie.

L'acné varioliforme.

M. Barthélemy a pu observer, à Saint-Lazare, un certain nombre de cas d'acné varioliforme ou de molluscum contagiosum des régions inguinales et des bords libres des grandes lèvres. La lésion est d'un diagnostic difficile et se développe lentement; il faut plusieurs mois pour constituer une papule de volume moyen. Le grattage et l'excoriation entraînent la diffusion et la multiplication des lésions; ils en amènent aussi l'irritation et l'inflammation qui peuvent changer l'aspect habituel de la dermatose, surtout s'il s'y joint, ce qui est habituel, de la syphilis, de la blennorrhagie et de la malpropreté.

M. Verchère a constaté aussi que l'acné varioliforme était très fréquente à Saint-Lazare. Elle n'a rien de spécifique et peut se présenter avec la blennorrhagie, le chancre mou ou des lésions syphilitiques. Sa cause principale est le défaut de soins de propreté. Il n'est

pas démontré qu'il puisse y avoir contagion et inoculation. Les groupes d'éléments acnéiformes se constituent plus vite que ne l'a dit M. Barthélemy, quinze ou vingt jours environ.

— M. Mendel présente des pièces anatomiques recueillies dans le service de M. e professeur Fournier. On voit que dès le début de la syphilis, les ganglions sont envahis loin du siège initial, et que le bouton ne se produit pas seulement dans les ganglions directement en rapport avec le siège du chancre. Le système lymphatique joue donc un grand rôle dans la dissémination de la syphilis.

— M. Hudels lit une note sur la *syphilis rénale* précoce, et présente des pièces recueillies aussi chez le malade dont a parlé M. Mendel.

— M. Feulard lit une observation de M. Eraud relative à un cas d'*hérédo-syphilis* développée chez un enfant trois mois après la naissance. La nourrice eut un chancre de l'amygdale et intenta un procès en dommages-intérêts aux parents. Elle fut déboutée de sa demande parce qu'elle n'avait pas eu de chancre mammaire.

— MM. Hallopeau et Jeanselme présentent un malade atteint d'une orchite lépreuse aiguë en même temps que d'une poussée remarquable par la multiplicité de ses manifestations : les conjonctives, les iris, les nerfs et la peau sont, en effet, simultanément intéressés. Cette orchite présente les caractères suivants : le testicule et l'épididyme sont lésés concurremment des deux côtés; il n'y a pas d'épanchement dans les tuniques vaginales; les testicules sont dans un état d'indolence presque complète; on peut les malaxer sans que le malade se plaigne, le cordon est intact; il n'y a pas et il n'y a jamais eu d'uréthrite; c'est la quatrième fois que des manifestations testiculaires se produisent chez ce jeune homme; dans l'intervalle des poussées aiguës, de petits nodules, de consistance scléreuse, persistent dans le parenchyme testiculaire; les fonctions génésiques restent néanmoins intactes, un lépromе s'est développé, cette fois, concurremment dans le scrotum. Les caractères objectifs de cette orchite lépreuse offrent beaucoup d'analogie avec ceux de l'orchite syphilitique; les phénomènes concomitants permettent de les différencier.

— MM. Hallopeau et Jeanselme communiquent les résultats de l'autopsie d'un sujet atteint de mycosis fongoïde qu'ils avaient présenté antérieurement; elle a démontré la généralisation des productions adénoïdes; elles occupent, en effet, non seulement la peau, sous la forme de tumeurs ou d'infiltrations, mais aussi le voile dn palais, la base de la langue, le larynx, les ganglions du cou, des aisselles et des aines, la rate, le foie et les reins; les espaces portes sont occupés par des nodules miliaires de structure adénoïde et des lésions similaires se trouvent également dans les reins. Cette observation vient à l'appui de la manière de voir qui rattache à un même type morbide les différentes formes de mycosis fongoïde et de lymphadénie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 mars 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : Pathogénie du tétanos. — Les glandes thyroïdes accessoires. — Tachicardie symptomatique dans la tuberculose. — La chloralose. — Atténuation de la bactéridie par les principes microbiens. — Origine de ces principes.

D'après le travail de MM. Courmont et Doyen, le corps que l'on décrit comme la toxine du bacille de Nicolaïef est en réalité un ferment soluble qui, dans l'organisme et aux dépens de ce dernier, produit la substance tétanisante; le tétanos est donc une auto-

intoxication. On peut expliquer ainsi ce fait que la grenouille est tétanisable en été et non en hiver, une température suffisamment élevée étant nécessaire pour que le ferment puisse agir. D'autre part, l'existence constante d'une période d'incubation après les injections expérimentales, même à doses énormes, de la prétendue toxine, vient encore à l'appui de l'hypothèse. Au contraire, le sang de l'animal tétanisé renferme une substance qui provoque des attaques tétaniques immédiates; cette substance existe en grande abondance dans les muscles et quelquefois dans les urines.

Voici les conclusions des auteurs :

Le bacille de Nicolaïer engendre le tétanos par l'intermédiaire d'un ferment soluble qu'il fabrique ;

Ce ferment, qui n'est pas toxique par lui-même, élabore, aux dépens de l'organisme, une substance directement tétanisante, comparable par ses effets à la strychnine;

Cette dernière substance se retrouve en abondance dans les muscles tétaniques; elle existe aussi dans le sang et quelquefois dans les urines;

Elle résiste à une ébullition prolongée, tandis que les produits bacillaires deviennent inactifs après un chauffage à + 65° ;

Elle exige pour se former des conditions favorables de température. Ainsi s'explique l'immunité de la grenouille en hiver vis-à-vis du ferment bacillaire;

L'immunité naturelle ou acquise, l'immunisation contre le tétanos peuvent être considérées comme les résultats de causes qui empêchent, ralentissent ou arrêtent la susdite fermentation.

— Pour M. Moussu, l'hypertrophie des petites glandes accessoires qui a lieu après l'extirpation du corps thyroïde ne peut suppléer ce dernier, car il ne se produit pas de tissu glandulaire vrai. En réalité, il n'y a que chez les jeunes animaux que des phénomènes graves apparaissent à la suite de l'extirpation de la glande thyroïde.

M. Richet rappelle qu'il est bien prouvé qu'une très petite partie d'une glande peut, au point de vue de la sécrétion interne, remplacer la glande tout entière.

— La compression des pneumogastriques par des ganglions tuberculeux peut entraîner une tachycardie symptomatique dans le cours de la tuberculose. C'est du moins ce qui résulte de deux observations de M. Bezançon. Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade atteint de phtisie rapide chez lequel le nombre des battements du cœur atteignait 160, il n'y avait pas de bruits anormaux à l'auscultation, mais on constatait des irrégularités. Le second malade, tuberculeux chronique sans fièvre, mourut au milieu de phénomènes d'origine cardiaque et on trouva une névrite du pneumogastrique gauche, consécutive à la compression de ce nerf par un ganglion.

Chez les malades atteints d'embarras gastriques fébriles, M. Cassaet a trouvé dans les urines des sels biliaires et souvent du sucre. Il résulte de ces recherches que le foie dans l'embarras gastrique, véritable infection, a son fonctionnement très altéré; le trouble peut même durer fort longtemps.

En continuant ses expériences sur la chloralose, M. Richet a vu que dans l'empoisonnement par ce corps la respiration prend un rhythme périodique marqué, tandis que les battements du cœur conservent leurs caractères habituels. Les réflexes sont exagérés et si on les provoque, la respiration redevient régulière. Il est probable que la chloralose suspend l'activité psychique spontanée et laisse intacte l'activité psychique réflexe.

MM. Charrin et Courmont : Le sérum des lapins inoculés avec le bacille pyocyanogène contient des éléments qui atténuent dans une mesure mobile, sans jamais être excessive, la bactéridie.

C'est là une notion qui cadre avec la découverte du professeur Bouchard, établissant, avec preuves à l'appui, l'antagonisme relatif de ces deux virus, découverte vérifiée de toutes parts.

D'où procèdent les matières capables d'imposer cette atténuation ? Elles peuvent, entre autres origines, dériver du microbe lui-même ou de l'économie contaminée, etc.

On sait, en effet, que, dans le corps de l'animal, ce bacille fabrique, comme *in vitro*, différents toxiques. On le sait, parce que, en injectant le sang ou les urines des sujets inoculés, on reproduit des accidents analogues à une partie de ceux qu'engendre l'introduction de la culture stérilisée. On le sait parce que, dans les tissus, on retrouve quelquefois les pigments caractéristiques, le vert, plus rarement la pyocyanine, qui a sa formule, ses réactions précises. La constatation d'un pareil élément suffirait, à elle seule, pour établir, d'une façon irréfutable, l'intervention directe de l'agent pathogène. Dans le cas du bacille poycyanique, nul n'ignore que l'entérite, la mort, etc., peuvent être provoquées, sans incubation, avec des degrés proportionnels aux doses. Toutefois, la rigueur de cette démonstration est inférieure à celle de la précédente ; l'isolement de la pyocyanine, à la fois dans le bouillon, sur l'agar et dans l'économie, constitue la preuve la plus péremptoire que l'on possède du phénomène de la sécrétion des substances chimiques, chez les êtres envahis par les agents envahisseurs.

On sait également que la bactérie du pus bleu ou des sécrétions incitent les tissus à créer de nouveaux principes, en particulier les principes microbicides, principes qui ne découlent pas, en ligne droite, de l'infiniment petit ou de ses toxines, attendu que leur apparition n'est pas en raison des quantités qui pénètrent, attendu que leur formation exige une certain temps, attendu que leurs propriétés chimiques ou physiques diffèrent de celles des cultures, attendu que la transfusion les transmet sans retard.

On sait encore que les cellules organiques lésées, anatomiquement ou fonctionnellement, donnent lieu à des troubles d'auto-intoxication, à des modifications humorales (lymphe plus abondante, albuminurie, entérite, oxygène moindre, etc.), et cela à une période où microbes et toxines ont disparu. Il a fallu une durée voulue pour perturber ces éléments ; leur perturbation se poursuit au delà de l'application du facteur. Ainsi évolue la sclérose, alors qu'on a cessé d'introduire du plomb ou de l'alcool. Telles sont les sources possibles des matières qui altèrent le sérum et font de lui un liquide offensif pour la bactéridie.

Or, d'un côté, il a été mis en évidence par le professeur Bouchard que les propriétés bactéricides, autrement dit que les propriétés engendrées par l'économie, soumise à l'influence des agents pathogènes ou de leurs sécrétions, exigeaient une durée de trois jours au moins pour devenir manifestes ; cette durée est plus grande encore, si l'on s'adresse aux poisons qui sont la conséquence des désordres cellulaires. Comme, d'un autre côté, la modification étudiée est réelle dès la première journée, il en résulte qu'il est permis, pour une part sinon pour sa totalité, de l'attribuer à l'action personnelle des germes.

En faveur de cette hypothèse, il est possible de rappeler les recherches de Guignard et Charrin, recherches montrant que les produits du microbe du pus bleu atténuent, *in vitro*, la bactéridie charbonneuse. D'après ces recherches, il faut aussi, parmi les facteurs capables d'exercer une action, tenir compte de la concurrence vitale, de la disparition des aliments, etc.

COURRIER

Académie de médecine. — COMMISSIONS DES PRIX POUR 1893. — *Prix :* Académie : MM. Robin, Berger, Kelsch. — Alvarenga : MM. Bouchard, Ranvier, Quinquaud. — Argenteuil : MM. Le Fort (Léon), Rochard, Guyon. — Barbier : MM. Sée (Marc), Weber, Worms. —

Buignet : MM. Bourgoin, d'Arsonval, Chatin (Joannès). — Capuron : MM. Tarnier, Guéniot, Pinard. — Civrieux ; MM. Charcot, Blanche, Cadet de Gassicourt. — Daudet MM. Besnier, Bucquoy, Dieulafoy. — Desportes : MM. Paul (Constantin), Hayem: Dumontpallier. — Godard : MM. Larrey (le baron), Labbé, Le Dentu. — Hygiène de l'enfance : MM. Ollivier, Charpentier, Budin. — Laborie : MM. Lannelongue, Périer, Chauvel. — Laval : MM. Laboulbène, Brouardel, Duval. — Lefèvre : MM. Jaccoud, Luys, Mesnet. — Meynot : MM. Panas, Gariel, Javal. — Monbinne : MM. Hérard, Empis, Duguet. — Nativelle : MM. Caventou, Riche, Moissan. — Pourat : MM. Lancereaux, Chauveau, Laborde. — Portal : MM. Verneuil, Tillaux, Polaillon. — Ricord : MM. Fournier, Lagneau, Duplay. — Tremblay : MM. Le Fort (Léon), Rochard, Guyon. — Vernois : MM. Colin (Léon), Le Roy de Méricourt, Lereboullet.

Voici, par ordre alphabétique, la liste des chirurgiens des hôpitaux désignés par le sort pour faire partie du jury pour le concours à deux places de chirurgiens de bureau central.

MM. Delens, Kirmisson, Le Dentu, Marchand, Nélaton, Prengrueber. Le médecin des hôpitaux qui fait le 7e membre du jury est M. Oulmont.

La liste des juges suppléants n'a pas été donnée.

— *Faculté de Nancy.* — M. Macé, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur d'hygiène à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Denucé, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie externe.

— MM. les docteurs Rochon-Duvigneaud et Terson recommenceront, le vendredi 7 avril, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, leur cours pratique d'ophtalmologie, qui comprendra :

1° Ophtalmoscopie et réfraction (avec malades);

2° Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes (démonstrations de pièces histologiques, technique histologique et bactériologique);

3° Médecine opératoire (avec exercices de médecine opératoire).

Les cours continueront tous les jours à la même heure, et dureront six semaines. — S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquementt des médecins de 1re classe au 11 mars :

Brest : MM. 1. Guézennec; 2. Dubut; 3. F. Kergrohen; 4. Laugier; 5. Vergos; 6. Négadelle. — *Toulon :* MM. 1. Prat; 2. Cartier; 3. Durand; 4. Féraud; 5. Gauran; 6. Ourse; 7. de Bonadona; 8. Amouretti; 9. Cauvet; 10. Aubert; 11. Pons; 12. Jabin-Dudognon; 13. Durbec; 14. Boutin; 15. Couteaud; 16. Théron; 17. L. Alix; 18. Barrême; 19. Curet; 20. Raffaëlli. — *Lorient :* MM. 1. Durand; 2. Bahier; 3. Colle; 4. Nodier; 5. Thamin; 6. Ropert; 7. J. Kergrohen. — *Rochefort :* MM. 1. de Gouyon de Pontouraude; 2. Dufour; 3. David; 4. Chevalier; 5. Bellot; 6. Julien-Laferrière; 7. Mialaret; 8. Morain; 9. Gorron; 10. Touchet; 11. Palmade; 12. Lassabatie; 13. Planté; 14. Torel.

— Par décret, en date du 10 mars 1893, ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin de 2e classe : M. le médecin auxiliaire de 2e classe de la marine Géhin.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

Le bactérium coli commune

I

Le bacterium coli, découvert en 1884 par Escherich, existe en grande quantité dans l'intestin de l'homme et est surtout abondant au niveau du duodénum.

Les formes du bacterium coli sont très variées. Le plus habituellement il revêt l'aspect d'un petit bâtonnet à extrémités arrondies et trois ou quatre fois plus long que large. D'autres fois, dans les cultures très fraîches, les éléments sont très peu allongés et l'apparence est celle d'un coccus. Dans les vieilles cultures, on a des formes en navette, bacillaires allongées, etc.

Le bacterium coli est quelquefois, mais non toujours, mobile, et il possède un petit nombre de cils placés à ses deux extrémités. Il y a des bacterium coli immobiles et il est impossible de les rendre mobiles; on ne parvient pas davantage à réaliser la transformation inverse.

Le bacterium coli se cultive très bien dans le bouillon maintenu à 37°.

Le diagnostic bactériologique du bacterium coli et du bacille d'Eberth est des plus difficiles, et Rodet et Roux ont même prétendu et prétendent encore que le bacterium coli peut se transformer en bacille d'Eberth.

On s'est évertué à trouver des caractères distinctifs entre les deux bacilles, et, actuelrellement, on est arrivé aux résultats suivants :

FEUILLETON

Vélocipédistes et Coltineurs

Au moment que je prends la plume (comme aurait dit Bossuet) pour célébrer la lutte mémorable, dont feu le palais des Machines était témoin il y a quelques jours, je me sens également confondu et par la grandeur du sujet et par la difficulté d'en parler comme il faut.

Le *sport*, en effet, s'est créé, depuis qu'on l'a élevé à la hauteur d'une institution, une langue à part, une véritable langue scientifique, technique jusqu'aux moelles, hérissée de termes que le Dictionnaire de l'Académie n'a pas encore consacrés, et devant lesquels de plus hardis que moi pourraient reculer sans honte. Notre nomenclature médicale n'a plus le monopole des mots fermés aux profanes ; le *rowing*, le *racing*, le *foot-ball* et autres exercices encombrent leurs organes spéciaux, et les autres, d'une foule d'expressions empruntées à nos bons amis les Anglais, auxquelles, s'il est permis de l'avouer, je préfère de beaucoup celles que nous tirions jadis du grec. Cet idiome avait du moins, si l'on en croit Molière, de charmantes compensations ; et, pour l'amour du

Le bacille d'Eberth se trouve surtout, mais non exclusivement cependant, dans les organes des typhiques (on sait qu'il y a des pleurésies, des méningites causées par le bacille d'Eberth, sans lésions intestinales); il est toujours mobile et porte des flagella *nombreux*. Dans la culture sur gélatine par piqûre, l'enduit s'étend moins avec le bacille d'Eberth qu'avec le bacterium coli, et le premier se développe moins rapidement sur la gélose.

Le bacterium coli coagule le lait, le bacille d'Eberth ne le coagule pas; le premier, cultivé dans la gélose lactosée, entraîne une fermentation rapide avec développement de fines bulles de gaz, tandis qu'il n'y a pas de fermentation avec le bacille d'Eberth.

Lorsque la culture sur gélose est colorée avec du tournesol, le bacterium coli la rougit avec production de gaz, tandis que la gélose reste bleue si l'on a cultivé le bacille de la fièvre typhoïde. Le bacille d'Eberth fait fermenter la glucose, et il en est de même du bacterium coli, mais il ne fait pas fermenter la lactose et le sucre de canne, tandis que le bacterium coli entraîne une fermentation énergique de ces sucres. Dans les bouillons lactosés, il n'y a pas de dégagement d'acide carbonique avec le bacille d'Eberth, c'est le contraire avec le bacterium coli; ce dernier produit de l'indol dans la solution de peptone *pancréatique*, le premier n'en produit pas.

Avec la glucose, le bacterium coli fait de l'acide lactique dextrogyre; avec le bacille typhique, il se produit de l'acide lactique levogyre ou de l'acide lactique inactif. Quand on ajoute des substances antiseptiques à la gélose de culture, le bacille d'Eberth ne se développe plus à partir d'une dose qui permet encore le développement du bacterium coli. Ces caractères distinctifs ont été établis par les travaux de Chantemesse, Widal, Wurtz, Dunbar, Péré, Kitasato, etc.

Maintenant, ces caractères sont-ils permanents? Les bacilles ne peuvent-ils pas se transformer l'un dans l'autre? Dans un mémoire tout récent et très important de Malvoz, nous trouvons l'exposé d'un certain nombre d'expériences par lesquelles l'auteur a cherché à résoudre cette question.

Par le passage des bacilles du côlon en bouillons phéniqués à 42° et par des ensemencements successifs dans ce milieu, Malvoz a obtenu une modification tellement considérable des microbes qu'ils se sont comportés dans les cultures ultérieures comme le bacille d'Eberth.

---

grec, il paraît que les plus jolies femmes... Parlons plus gravement du plus *sportif* de tous les *sports* : la vélocipédie.

Le grand *match* d'il y a quinze jours a soulevé, dans les *véloce-clubs*, des discussions passionnées. Il y a fait naître des querelles de doctrines qui ne sont point encore apaisées. Des problèmes ont été posés dont la solution n'est pas près d'intervenir, et cela se comprend de reste quand on en saisit bien l'importance. Les plus ardus peut-être d'entre eux sont, d'abord : la définition à donner de l'*amateurisme* et du *professionnalisme*; ensuite la délimitation nette à tracer entre le *match* et le *record*; enfin, la jurisprudence à établir touchant le droit d'avoir des *entraîneurs domestiques* ou *non domestiques*, des *accompagnateurs*, des *masseurs*, *coupe-vent*, etc. Notre compétence absolument négative ne nous permet malheureusement pas d'apporter le moindre argument à ces débats élevés, de projeter sur ces attachantes difficultés le plus pâle rayon de lumière. Peut-être nous sera-t-il permis, dans une sphère moins haute, de payer un tribut modeste — oh! combien! — à cet art né d'hier et qui déjà nous a donné des merveilles.

Ce siècle aura changé de nom comme un inconstant change d'amies. Il a été le siècle de la vapeur; il est devenu celui de l'électricité; il restera celui du *vélo*. Les hommes ne l'auront pas plus fixé que les choses : siècle de Napoléon, c'était pourtant bien; siècle

Des bacilles du côlon ainsi cultivés et des bacilles ordinaires ont été ensemencés comparativement avec des bacilles d'Eberth dans du liquide nutritif lactosé; au bout de 3 semaines de séjour dans l'étuve à 37°, la culture de bacilles d'Eberth renfermait 5,005 p. 100 de lactose, celles de bacterium coli ayant passé par l'acide phénique 4,805 et 4,62 p. 100, et celle d'un bacterium coli ordinaire non phéniqué 3,556. Les cultures sur lait de bacterium coli ont présenté des caillots, mais seulement après quinze jours de séjour à l'étuve. Les nouveaux caractères du bacterium coli se sont maintenus pendant plusieurs générations, même en reportant les microbes dans des milieux normaux, mais peu à peu, dans les cultures en série, ces microbes ont tendu à revenir au type originel.

Contrairement à Chantemesse et Widal, Malvoz a vu le vieillissement des cultures du coli bacille en modifier beaucoup les caractères. On n'obtient plus la réaction de l'indol, le lait ne se coagule que tardivement et incomplètement, etc. Le bacterium coli peut résister une minute à la température de 80°, et certains de ses caractères importants se trouvent supprimés.

Rodet et Roux ont dit que l'on pouvait transformer le bacterium coli en bacille d'Eberth en lui faisant traverser l'organisme de certains animaux qu'ils n'ont pas indiqué. Chantemesse, Widal et Malvoz ont constaté que le bacterium coli n'était pas modifié par son passage à travers le lapin.

Malvoz a recherché si le bacille d'Eberth existait toujours chez les typhiques et quels autres bacilles se trouvaient en même temps dans les organes. Il a voulu voir aussi si ce bacille ne se rencontrait pas dans des affections impossibles à ranger dans le cadre de la fièvre typhoïde.

Sur quatre cas de fièvre typhoïde, il a trouvé dans deux le bacille d'Eberth, dans un le bactérium coli associé à des microbes pyogènes, dans le quatrième, le bacterium coli seul. Dans ce dernier cas, les cultures de rate recueillie post mortem ont donné exclusivement un bacille que les cultures sur pomme de terre avaient fait prendre pour un bacille d'Eberth, mais qui entraînait dans le lait la production d'un coagulum abondant et vacuolé, et déterminait, dans du bouillon alcalin, la réaction de l'indol.

Malvoz a soumis à l'examen bactériologique les organes d'un certain nombre de malades ayant succombé aux affectious les plus diverses et pris au hasard dans un ser-

---

de Pasteur, c'était encore mieux, et nous espérions bien, en notre orgueil de biologiste, que ce dernier baptême serait définitif. Hélas! il aura duré tout juste ce que dure un lapin touché du vibrion septique; l'histoire impartiale dira désormais le « siècle de Terront », à moins que... La fortune a de tels retours et Corre de telles ressources!

Car, on ne saurait le nier, l'examen très sérieux qu'un de nos très distingués confrères a fait subir aux deux champions a prouvé que ni l'un ni l'autre ne présentaient, après ce tour de force tel qu'aucune épithète n'a été prévue pour lui dans aucune langue, la moindre fatigue physique. L'un et l'autre parlaient et marchaient haut et vite. Aucun d'eux n'a transpiré au delà de la troisième heure. Aussi, peut-être la face du combat eût-elle été changée si le vaincu avait eu l'ingéniosité du vainqueur. Oh! de ce Terront, pas moins! Toutes les habiletés, toutes les ruses, de bonne guerre d'ailleurs, qui assurent la victoire, toute la science et tout l'art, il les a eus.

Cette cuirasse... en papier qui l'a sauvé du coriza n'est-elle pas une merveille? Cette Kola, ce jus de viande, qui remontait ses nerfs et qui retrempait ses muscles; ces fragments de glace qui, doucement, humectaient d'une délicieuse fraîcheur ses muqueuses arides; cette éponge mouillée d'eau parfumée dont on baignait ses tempes et ses yeux, tout cet ensemble n'est-il pas génial?

vice d'autopsie. (Fractures compliquées, hypertrophie de la prostate, pleuro-pneumonie aiguë, emphysème pulmonaire avec dilatation du cœur droit, etc.). Il a trouvé, soit le bacterium coli à l'exclusion de tout autre micro-organisme, soit le bacterium coli associé à des microbes ressemblant au bacille d'Eberth, soit ce bacille seul, soit des microbes ayant quelques uns des caractères du bacterium coli et quelques uns de ceux du bacille d'Eberth.

En résumé, Malvoz, et nous admettons sa conclusion, ne croit pas que les différences que l'on a signalées entre le bacille d'Eberth et celui du côlon soient suffisantes pour séparer radicalement ces deux agents parasitaires l'un de l'autre. Pourquoi, chez les typhiques à la période d'état, le bacterium coli, qui, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, est si fréquent dans les cadavres et qui existe dans l'intestin des dothiénenthériques, manque-t-il dans tous les organes. Pourquoi, dans certains cas de dothiénenthérie, trouve-t-on, à côté du bacille d'Eberth, d'autres bacilles réellement intermédiaires entre lui et le bacille du côlon; pourquoi, enfin, dans des cas de fièvre typhoïde bien nets, n'a-t-on trouvé que le bacille d'Escherich ? N'est-ce pas parce que, ainsi que l'admettent Rodet et Roux, la fièvre typhoïde transforme l'organisme en un milieu de culture spécial, apte à modifier les caractères du bacterium coli qui devient le bacille d'Eberth. Sa transformation est peut-être due à l'accumulation dans l'intestin et dans l'organisme des produits phénoliques nombreux, et on expliquerait ainsi l'apparition tardive du bacille d'Eberth dans les selles des typhiques, tandis que le bacille virgule, par exemple, apparaît dès le début du choléra dans les matières intestinales.

La physionomie clinique et anatomique spéciale de la fièvre typhoïde pourrait être due aux produits toxiques spéciaux sécrétés par le bacille modifié, avec une virulence spéciale, mais c'est là une hypothèse qui n'est guère soutenable, car des microbes présentant les caractères du bacille d'Eberth ont pu être retrouvés chez des malades qui n'avaient aucun symptôme de la dothiénenthérie. On a bien dit, dans ces cas, qu'il s'agissait de fièvre typhoïde sans lésions intestinales, mais cette manière de parler nous semble être, qu'on nous pardonne l'expression, un non-sens clinique. Pour le praticien, la fièvre typhoïde sera toujours la maladie qu'a décrite Louis, et si un individu présente des phénomènes d'inflammation des méninges et succombe, les microbiologistes auront beau ne trouver que le bacille d'Eberth dans l'exsudat, le clinicien dira que le malade est mort

---

Bocks, rosbeef et cuisses de volailles, quelle erreur vous fit préférer par Corre ?

Tant de sollicitations déjà ne devaient pas laisser la fortune indécise. Le vainqueur, cependant, fit plus et mieux encore. Si peu qu'on ingurgite, on ne saurait se soustraire à la nécessité de certaines éliminations massives qui exigent à la fois la solitude et un temps appréciable. Je n'ai jamais pu me défendre d'une gaieté discrète en entendant cette invariable réponse des malades à de certaines questions : « Oh ! comment voulez-vous, docteur... je ne prends rien ! » Hé bien, je vous demande mille fois pardon, mon cher client, on rend tout de même, moins sans doute, mais trop encore quand il s'agit d'une lutte où les secondes valent des hectomètres. C'est ce que Terront comprit, pour la perte de son redoutable rival.

Et tandis que, longuement, fréquemment, ce dernier se retirait à l'écart, l'autre impassible, sans broncher et sans quitter la selle, impunément, à travers le fin tuyau de caoutchouc arrosait la piste, se riant de la poussière. Les prochains *matchers* et *recorders* sont avertis maintenant et, quand les constructeurs, plus tard, exposeront à la curiosité du public les machines qu'auront montées les vainqueurs de l'avenir, nous comptons bien qu'on y admirera surtout l'ingéniosité d'un nouveau système de selle percée S. G. D. G.

Doit-on vraiment s'enthousiasmer devant le résultat de ces incroyables prouesses ?

de méningite. Personne n'a essayé sérieusement de soutenir que les méningites à pneumocoques, sans lésion du poumon, étaient des pneumonies à localisation aberrante; malgré cela, si l'on n'y prenait garde, les médecins de laboratoire feraient disparaître, pour conserver à un microbe une spécificité qu'ils ont été forcé d'abandonner pour d'autres, les plus belles conquêtes de la clinique française.

En fait, il est possible, mais non encore démontré, que le bacterium coli soit l'agent pathogène de la dothiénenthérie et qu'il provoque cette maladie, grâce à certaines modifications de sa virulence, d'une part, du terrain humain, de l'autre. C'est la conclusion de Malvoz, c'est celle qui, actuellement, nous semble la plus rationnelle.

On sait, du reste, que le bacterium coli, même extrait des selles de l'homme sain (Gilbert), est virulent, et on sait aussi que cette virulence varie beaucoup. Nous ne pouvons, malheureusement, insister sur ce point intéressant et dirons simplement qu'on peut augmenter ou diminuer la virulence du bacterium coli par les procédés habituels de la bactériologie. Ce qui est très important, ce que Gilbert a mis en évidence, c'est qu'il n'y a pas de bacterium coli « normal » et que ce microbe fabrique toujours des poisons qui sont en partie détruits par le foie, ou en partie éliminés par les reins.

II

1. Hueppe, en 1885, isola le bacille du côlon des selles d'un enfant atteint de choléra nostras. Wyss, dans un cas d'entérite mortelle chez un nouveau-né, put cultiver ce même microbe, mais Gilbert et Girode ont, les premiers, démontré d'une façon évidente qu'il pouvait déterminer un choléra nostras mortel grave ou léger. Dans un grand nombre de cas d'entérite infectieuse observée chez de jeunes enfants, Lesage a trouvé que le bacterium coli existait seul ou était prédominant.

Gilbert et Girode ont pu provoquer, chez les cobayes, un choléra nostras expérimental en leur faisant ingérer des cultures pures du bacille d'Escherich. Les animaux sont morts après avoir présenté de la diarrhée et on a trouvé des lésions caractéristiques.

Dans deux cas de choléra offrant absolument l'apparence clinique du choléra asiatique, Renou a isolé le bacille du côlon. Une fois, il était associé au bacille-virgule, une autre au staphylococcus pyogenes aureus.

On sait que, dans la dernière épidémie de choléra, Netter a pu, dans 20 cas de diar-

---

Y a-t-il quelqu'enseignement à en tirer, quelque profit à en attendre ?

Les tours de force accomplis par Corre, Terront et peu de jours après par le coltineur Labasse sont incontestablement à l'honneur des qualités de vigueur et de résistance de nos compatriotes. Mais on ne saurait les considérer que comme des exceptions absolument isolées.

Leur utilité réelle est dans l'entraînement qu'elles exercent, d'une façon très évidente, dans l'impulsion qu'elles impriment au développement des exercices physiques. A ce point de vue (que Labasse nous pardonne cette préférence), nous aimons mieux la vélocipédie que le coltinage. Et, cependant, ce dernier genre d'exploits présente ce danger de moins : c'est que son extension exagérée ne paraît pas autant à redouter.

Est-ce à dire que la passion du bicycle présente de graves inconvénients ? On le prouverait mal en se bornant à l'examen de quelques cas particuliers. Le plus souvent, ce sont des *professionnels*, c'est-à-dire des hommes un peu en dehors et au-dessus de la moyenne qui ont été l'objet de ces examens. D'ailleurs, que conclure d'un abaissement de quelques dizièmes de degré dans la température, prise, pour ce cas spécial, entre les cuisses de deux coureurs venus, en 17 et 22 heures, de Clermont à Paris ? ou de leur coefficient d'utilisation de l'azote urinaire ?

rhée cholériforme, dont 6 ayant entraîné la mort, trouver le bacterium coli seul ou associé à d'autres micro-organismes, principalement au bacille de Friedlander et au streptocoque. Dans tous ces cas, les selles ne renfermaient pas le bacille-virgule.

Les lésions macroscopiques que l'on rencontre dans les cas de choléra nostras dus au bacterium coli sont des plus nettes (Widal, Ménétrier, Macaigne), l'intestin a la teinte hortensia, il y a de la psorentérie, etc. Lesage a insisté sur ce fait que les lésions son souvent très peu marquées chez les enfants. Souvent, dit-il, l'intestin, siège primordial de la maladie, est normal en apparence et rien n'est changé dans son aspect, sinon un peu de desquamation sans valeur.

D'autres fois on constate de la psorentérie, lésion banale sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister. Les organes contiennent le bacterium coli, mais il est à peu près établi que l'envahissement de l'économie ne se fait qu'au moment de l'agonie et après la mort. En été, Wurtz et Hermann ont trouvé une fois sur deux le bacterium coli dans les organes. Lesage et Macaigne ont constaté qu'en hiver la diffusion du bacille était moins rapide; pour eux, l'envahissement se fait surtout lorsqu'il existe une diarrhée simple ou une plaie intestinale. Welch (cité par Macaigne) sur 200 cents autopsies faites à Baltimore, de une à douze heures après la mort, a trouvé 33 fois le bacterium coli dansun ou plusieurs organes; mais, dans tous les cas, il y avait une lésion de la muqueuse intestinale. Marfan et Marin accordent aussi une grande importance aux lésions de l'intestin relativement à la diffusion du bacille. La bile semble être infectée très rapidement et Lesage y a trouvé le bacterium coli 65 minutes après la mort.

Nous n'insisterons pas sur la symptomalogie des entérites dues au bacterium coli, car elle n'offre rien de spécial. Tantôt il s'agit, surtout chez les enfants, d'une entérite prolongée, cachectisante; tantôt les symptômes, ainsi qu'on l'a vu dans la dernière épidémie de choléra, rappellent absolument ceux de ce dernier. Enfin, il y a une forme pyrétique assez commune chez les enfants (Sevestre) et qui semble rare chez l'adulte.

Nous n'avons pas à exposer ici la bactériologie de la *dysenterie* et citerons seulement les cas où le bacterium coli a été rencontré dans les selles d'individus atteints de cette maladie. Les premières observations sont celles de Marfan et Lion; elles ont été recueillies chez deux vieillards de la maison de Nanterre, cette sentine où couvent toutes les épidémies. L'évolution de la maladie, les lésions constatées à l'autopsie ont permis de porter

---

Les observations d'ensemble, portant sur de nombreux amateurs qui usent, habituellement mais sobrement, du bicycle, ont plus de valeur à ce point de vue.

Or, si l'on sort des banalités applicables à cet exercice comme à tous les autres, on ne trouve guère de bénéfice réel qui puisse être mis à son actif. Il développe la capacité vitale, nous dit M. Tissié (de Bordeaux); mais l'attitude courbée, si peu propre à l'augmentation thoracique, que le vélocipède exige, nous laisse de grands doutes à cet égard. Qu'il combatte l'obésité, c'est possible, mais nous nous ferions quelque scrupule de le recommander à maint goutteux.

Les trépidations et la pression du guidon sur les mains ont amené des anesthésies et des paralysies de ces organes. On prétend qu'il allonge le pied. Si la démonstration venait à en être faite, la plus jolie moité de l'humanité aurait renoncé bientôt à prendre sa part de ce sport. Elle y a, du reste, montré assez peu d'ardeur jusqu'à présent. Son sens artistique, son instinct de l'élégance ne lui auraient-ils pas fait comprendre d'emblée que la richesse de ses formes s'allie mal à la plate minceur de l'instrument? (Ceci, d'ailleurs, je ne l'avance que tout bas et bien timidement, car je rougirais tant de me tromper!) Si le bicycle allonge le pied, en revanche il peut développer jusqu'à la difformité le volume de la cuisse.

le diagnostic de dysentérie et on n'a pu isoler des organes que le bacille coli.

Dans une épidémie de dysentérie observée en Italie par Maggioso, cet auteur a trouvé toujours le bacterium coli dans les selles ; il était presque toujours associé au proteus vulgaris et d'une façon exceptionnelle au bacterium fluorescens liquifacicus, au staphylococcus pyogènes aureus, etc. Ogata semble aussi avoir observé une épidémie de dysentérie dépendant du bacterium coli et Féré l'a trouvé 11 fois sur 18 cas, dans les urines de dysentériques du Tonkin. Ce dernier auteur croit à une infection secondaire. Il est permis, actuellement, d'admettre que le bacterium coli est un des microbes qui peuvent produire la dysenterie.

2. Dès 1881, M. Verneuil avait admis que le liquide contenu dans les sacs herniaires devait renfermer des matières virulentes et toxiques. Nepveu, Clado, sont venus prouver le bien fondé des idées du maître. Le second a isolé le bacterium coli du liquide du sac dans plusieurs cas d'étranglement herniaire avec accidents cholériformes. Garré n'a eu de résultats positifs qu'une fois sur huit. Sur 15 cas d'étranglement herniaire provoqué expérimentalement chez le chien, Bannecken a trouvé 11 fois le bacterium coli dans le liquide du sac. Wurtz et Despréaux ont lié l'intestin grêle aseptiquement chez le lapin. Sur 5 lapins, ils n'ont constaté qu'une fois le bacterium coli dans le sang du cœur, deux fois dans le péritoine et une fois dans l'exeudat du poumon atteint de congestion.

Frænkel, Bonnecken admettent que la mort rapide qui succède aux opérations de hernie étranglée est due, dans beaucoup de cas, à l'intoxication suraiguë de l'organisme par le produit sécrété par le bacille.

3. Les péritonites causées par le bacterium coli peuvent exister avec ou sans perforation de l'intestin. Dans le premier cas, il est évident qu'un grand nombre de bacilles peuvent passer dans la séreuse ; cependant, souvent on ne peut isoler et cultiver que le bacille du côlon qui reproduit des péritonites suppurées chez les animaux.

Laruelle a observé que l'on pouvait provoquer la péritonite en injectant le bacterium coli tenu en suspension dans de la bile ou dans une émulsion de matières fécales stérilisées. L'injection d'une culture ordinaire de bacterium coli ne produirait rien.

La péritonite peut se produire sans qu'il y ait perforation et des expériences de Clado et Bannecken il résulte que, dès le début de l'étranglement, les bacilles traversent les parois du tube intestinal.

Nous avons vu des cœurs qui s'en trouvaient bien mal et des genoux ou des cous-de-pied auxquels il a révélé les tortures du rhumatisme.

Ce serait se montrer trop dur pour lui que de l'accuser de traumatismes dont nul sport n'est exempt. Il en est un, cependant, qui lui appartient en propre, et que nous hésitons à citer, tant il est de nature à porter le trouble dans les âmes des amateurs qui n'ont pas encore dépassé la soixantaine, et à compromettre les progrès de l'institution. Il s'agit de la rupture du canal de l'urèthre dans des chutes à califourchon sur le garde-roue de l'arrière... Ce dernier genre de trauma est, de plus, en dehors de la sphère d'action des rebouteurs (car le massage a ses limites), et il exige l'intervention du médecin.

Et, à ce propos, nous devons rectifier une erreur que nous avons commise dans notre dernier feuilleton, en attribuant au docteur Fouquet (de Vannes), l'anecdote du médecin rebouté malgré lui, c'est notre distingué confrère le docteur de Closmadeuc qui l'a racontée dans une brochure publiée en 1861 et devenue fort rare.

Il en est, au fond, du vélocipède comme de tout ici bas : Pas trop n'en faut. Conseillons-le à petites doses ; il est dangereux à doses massives. Les Léotard du bicycle resteront, comme ceux du trapèze, des phénomènes extrêmement intéressants. Le public ne pourra, et, fort heureusement, ne songera jamais à rivaliser avec eux.

Malvoz a recueilli 6 observations de péritonites dues au bacterium coli, sans perforation de l'intestin ou des voies biliaires. Il s'agissait de thrombose de l'artère mésentérique, de carcinome du rectum, d'entérite aiguë, d'ulcère du côlon, d'appendicite et d'ulcération de la muqueuse des canaux biliaires.

Talamon et Adelot ont insisté sur le rôle pathogène du bacterium coli dans les péritonites sans perforation que l'on observe dans les appendicites.

Une observation de Morax, citée par Macaigne, prouve cependant que le bacterium coli peut, dans certaines conditions, être très bien toléré par le péritoine. Après une laparatomie on fait le pansement de Mickulicz; au premier pansement, on retire du fond de la cavité ou pénétrait la gaze une cuillerée à soupe d'un liquide séreux faiblement louche, dans lequel on isole un bacterium coli non virulent pour la souris. La malade guérit sans suppuration.

La péritonite due au bacterium coli ne semble avoir ni lésion, ni symptomatologie spéciale. Macaigne a cependant été frappé, dans deux faits, de la tolérance du péritoine pour un épanchement purulent qui occupait la plus grande partie de la séreuse; dans ces deux cas, l'infection péritonéale, quoique mortelle, a revêtu une forme torpide.

4. Gilbert et Girode ont les premiers montré que le bactérium coli pouvait provoquer des angiocholites et des cholécystites suppurées dans le cours de la lithiase biliaire. Le bacille d'Escherich existe, du reste, constamment dans la dernière portion du cholédoque (Netter) avec le staphylococcus aureus.

Nous avons déjà donné plus haut les résultats des examens de bile faits par Létienne, et il est légitime d'admettre que ces infections biliaires silencieuses peuvent être l'origine d'une lithiase.

Le bacterium coli peut entraîner le développement d'ictères infectieux (Girode) dans lesquels on retrouve le microbe dans les urines.

Dans une observation de Ménétrier, on voit le bacterium coli causer un ictère grave secondaire suivi de mort dans le cours d'un ictere chronique calculeux datant de quatorze ans.

Le bacterium coli peut envahir secondairement des abcès du foie (Veillon et Jayle); injecté dans les voies biliaires du lapin, il détermine la production d'abcès (Charrin et Roger).

L'angiocholite catarrhale et suppurée due au bacterium coli s'accompagne de la production de nodules de nécrose et d'abcès hépatiques; peut-être l'évolution clinique a-t-elle une forme spéciale caractérisée par l'apyrexie ou un mouvement fébrile moins violent que dans les infections par microcoques (Macaigne).

5. Le bacille d'Escherich existe fréquemment sur les amygdales dans les angines scarlatineuses (Bourges); souvent, du reste, il y a dans ce cas des associations multiples.

Macaigne a isolé le bacterium coli d'un infarctus de l'estomac chez un malade atteint d'angiocholite suppurée consécutive à un cancer du pancréas. Le bacille aurait déterminé des plaques de nécrose de la zone glandulaire sur une muqueuse stomacale sans doute préparée par un trouble circulatoire.

Fréquemment, les abcès voisins du tube digestif renferment le bacterium coli et nos lecteurs ont pu voir dans l'*Union* qu'il existait dans des abcès de la marge de l'anus. Muscatello l'a trouvé dans une suppuration de l'espace pelvi-rectal supérieur.

6. Une endocardite peut être causée par le bacterium coli (Netter, Thiroloix, Macaigne). Dans les diverses observations, il y avait une altération préalable de l'endocarde due au rhumatisme articulaire aigu ou à l'athérome.

Tavel a vu le bacterium provoquer des thyroïdites. Il est probable que, dans un des cas au moins, l'organisme a été infecté par l'intestin.

Gilbert, Lion ont isolé le bacterium coli dans des métrites et des salpingites.

Le microbe a encore été trouvé dans des lésions pulmonaires survenues au cours du choléra (Gilbert et Girode), de diarrhées infectieuses (Lesage), de hernies étranglées (Fischer et Lévy).

Carville, Wurtz et d'autres ont provoqué des congestions pulmonaires en liant l'intestin, et ont retiré, dans plusieurs cas, le bacterium coli du poumon à l'état de pureté.

Chantemesse et Widal ont trouvé le bacille d'Escherich dans plusieurs cas de broncho-pneumonie; Widal l'a isolé dans un cas de pleurésie ossifiante avec abcès sous-pleuraux; Dumontpallier l'a vu associé au pneumocoque dans la pleurésie purulente, et Vendrickx a pu le recueillir dans le liquide d'un pneumothorax.

L'infection urinaire dépend le plus souvent du bacterium coli et on retrouve ce bacille dans les reins et dans la vessie. Il peut déterminer une néphrite infectieuse (Fernet), infecter secondairement le rein dans le cours de la fièvre typhoïde (Chantemesse et Widal).

Enfin, le bacterium coli d'Escherich peut encore déterminer des méningites, et il est certain que plusieurs de ces méningites ont été attribuées au bacille d'Eberth. Tantôt l'infection se fait à la faveur d'un traumatisme (fracture de la lame criblée), tantôt il y a une infection générale primitive qui se localise sur les méninges (Neumann et Schæffer, Adenot), tantôt il y a des localisations multiples, celles que les méninges prédominant (Sevestre et Gaston), tantôt, enfin, on a affaire à une infection secondaire qui complique une maladie générale. Il est probable que la porte d'entrée habituelle est le tube digestif.

Les lésions semblent prédominer à la base du cerveau, tandis que la convexité est peu ou pas intéressée.

Dans le cas de Sevestre et Gaston, le petit malade avait un panaris où on trouva le streptocoque habituel, tandis que, dans une arthrite du genou qui coïncidait avec la méningite à bacterium coli pur, un premier examen fut négatif et un second démontra la présence du bacterium coli.

Tous les faits que nous venons de résumer montrent qu'un grand nombre d'organes peuvent présenter des lésions consécutives à la présence du bacterium coli; mais ils prouvent aussi que ce bacille, si virulent dans certains cas, se montre inoffensif dans d'autres à peu près identiques. Nous avons tous le bacterium coli dans notre intestin, il y sécrète des produits toxiques, et cependant les entérites infectieuses algides déterminées par ce bacille sont rares, et encore plus rares les localisations sur les méninges, dans le poumon, etc. Tout en reconnaissant le grand rôle protecteur du foie, tout en admettant les variations dans la virulence du bacille, il nous semble que l'état de réceptivité ou de non-réceptivité de l'organisme peut seul expliquer, comme dans beaucoup d'autres infections, pourquoi certains individus sont frappés, tandis que d'autres résistent. Placer l'organisme dans les meilleures conditions possibles de résistance aux différentes infections, telle nous paraît devoir être, en résumé, la tâche principale du médecin-praticien, tâche qu'il ne pourra remplir avec succès qu'en devenant un hygiéniste.

Paul Chéron.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1893. — Présidence de M. Périer.

Pathogénie du tétanos.

C'est une observation de M. Diderlen (de Cannes) qui donne à M. Verneuil l'occasion, dans un rapport oral, de venir prouver une fois de plus l'origine équine du tétanos et sa transmission par l'homme. Notre maître, pendant son séjour à Cannes, eut l'occasion d'être appelé par M. Diderlen pour poser le diagnostic de tétanos auprès d'une fleuriste qui venait d'entrer à l'hôpital, au bout de quinze jours de maladie, pour angine phlegmoneuse grave. Il dirigea son élève dans son enquête et il fut prouvé que la masure dans laquelle habitait la malade était située auprès d'une station de voitures qui s'arrêtaient continuellement devant la porte. Les cochers, paraît-il, pénétraient fréquemment dans ce taudis, et on trouva même, dans un coin de la chambre, un fœtus entouré dans des débris de vêtements. Cette femme avait donc fait une fausse couche il y avait quelques jours.

L'origine tellurique admise par tous aujourd'hui fut recherchée. Des échantillons de terre prise dans un pot de primevère dans des châssis remplis de bruyères, la poussière du sol et des toiles d'araignée furent envoyés à M. Sanchez Toledo, et toutes les cultures furent négatives. (On sait qu'on ne met jamais de fumier ni dans les pots de primevère ni dans la terre de bruyère.) L'origine tellurique devait donc céder le pas à l'origine équine, et ce sont les cochers qui ont dû servir d'intermédiaire.

Ce cas est donc encore à rayer de ceux compris sous le nom de tétanos spontané. Quant à dire si c'est la plaie utérine ou la plaie angineuse qui a été le point de départ de l'inoculation, la chose est plus difficile.

Corps étrangers de l'œsophage.

La dernière communication de M. Terrillon devait amener à la tribune d'autres orateurs venant rapporter des observations similaires.

C'est d'abord M. Segond qui montre un dentier avalé pendant le sommeil, dans une quinte de toux. Cet appareil se composait de deux pièces dont la plus petite fut rendue par les selles, et la plus grande, arrêtée dans l'œsophage thoracique, résista aux tentatives faites avec le panier de de Graefe.

L'œsophagotomie externe fut pratiquée et les tractions ne purent amener le dentier à cause des crochets qui pénétraient dans la muqueuse. M. Segond, grâce à une petite manœuvre qui consista à retourner *in situ* la pièce prothétique, put ainsi éviter son accrochement, et guérit son malade.

Les chirurgiens d'enfants, plus que tous les autres, ont affaire à ce genre d'accidents, et M. Félizet ainsi que M. Jalaguier apportent, eux aussi, de nouveaux faits. Le chirurgien de Tenon fut appelé près d'un enfant de 2 ans qui avait avalé une pièce de 1 franc. L'interne avait introduit le petit panier de Graefe, et non seulement n'avait pas pu retirer la pièce, mais bien encore le panier que M. Felizet trouva dans la gorge du malade. A l'aide d'une éponge sèche inrtoduite jusqu'au panier, il put déterminer par imbibition de l'éponge une dilatation de l'œsophage et dégager le panier de de

Graefe. Cet instrument est mauvais, et, d'après les expériences de M. Félizet sur le cadavre, il est prouvé qu'il determine, soit en avant soit en arrière, un bourrelet muqueux qui fait obstacle à sa sortie.

C'est aussi chez un enfant de 2 ans 1/2 que M. Jalaguier eut à intervenir. Il s'agissait d'un disque de plomb, dit *plomb de robe*, arrêté à 13 centimètres de l'arcade dentaire. Grâce à la brièveté du cou de son jeune malade, M. Jalaguier put effleurer du doigt le corps étranger, le saisir, mais ne put le mobiliser. Aussi dût-il pratiquer l'œsophagotomie externe et guérit ainsi son malade. Pour ce chirurgien, le panier de de Graefe est un mauvais instrument.

C'est ce que pense aussi M. le docteur Cahier, qui vient à la tribune lire une observation suivie de mort dans laquelle le malade avait avalé un dentier. Ce travail est renvoyé à une commission.

Traitement du spina bifida par l'excision.

M. Picqué fait un rapport détaillé sur une opération de ce genre pratiquée par M. Ricard sur un sujet de 25 ans qui avait subi en 1882 une première ponction et qui portait une tumeur de 57 centimètres de circonférence. L'application du clamp produisit des phénomènes nerveux inquiétants qui prouvaient la présence de nerfs dans le kiste et, en effet, M. Ricard, malgré l'irréductibilité du liquide, y trouva des cordons nerveux qu'il put rentrer en partie, mais qu'il fut obligé de retrancher dans certaines portions de la poche. Celle-ci fut enlevée, la collerette suturée en surjet et la réunion par première intention obtenue. Deux fois, le liquide se reproduisit, mais deux ponctions amenèrent la guérison définitive.

Cette observation suggère au rapporteur les réflexions suivantes. Il met d'abord en évidence la rareté de tumeurs aussi considérables chez les adultes et ce fait bizarre d'un liquide irréductible, quoique communiquant largement avec le canal rachidien comme l'opération l'a montré. Comment expliquer alors les phénomènes de compression exercés sur la moelle? Est-ce par l'influence du liquide rachidien, est-ce plutôt le sang veineux qui agit sur la substance nerveuse, ce sont encore autant de questions à résoudre. On pourrait en dire autant pour ces faits d'hydrocéphalie survenant après l'extirpation du spina bifida et mis en relief par Bellanger dans sa thèse.

Faut-il expliquer cette hydrocéphalie par une méningite ascendante? point encore difficile à expliquer.

Au point de vue de l'intervention, l'opération sanglante est certainement la meilleure. On prescrit en effet l'injection glycéroïodée dans les sacs non réductibles, c'est-à-dire sans communication; mais dans le cas de M. Ricard où il n'y avait pas de réductibilité, il y avait une communication des nerfs, et l'injection eût pu être dangereuse.

Dans un voyage à Prague, M. Picqué a pu voir Baïer opérer des spina-bifida et a constaté ce qui ressort de l'observation de M. Ricard, que la section de certaines branches nerveuses pouvait se faire sans danger. La réduction de certaines autres est même susceptible de produire des paralysies quand elles existent.

M. Picqué comme Baïer, Majo Robson et bien d'autres, préférerait un lambeau ostéo-musculaire au simple lambeau cutané. On obtient ainsi une fermeture complète du canal rachidien, et M. Berger s'en est fort bien trouvé chez un malade où il combla la perte de substance avec de la celluloïde.

Dans le cours de la séance, M. Monod a donné lecture de deux *orchidopexies* pratiquées par M. Demler avec un succès complet et un échec. Il a ensuite donné le récit d'une opération semblable, qu'il vient de pratiquer en insistant sur la facilité que la destruc-

tion complète du trousseau fibreux donne au chirurgien dans la réduction du testicule au fond du scrotum.

Présentation de malades

M. Le Dentu présente une malade opérée pour *péritonite tuberculeuse* avec dégagement des adhérences intestinales. Au bout de trois semaines, une fistule stercorale se déclara, mais elle ne tarda pas à se fermer et aujourd'hui la malade jouit d'une santé parfaite.

M. Schwartz présente une malade sur laquelle il a pratiqué une arthrodèse tibro-tarsienne pour un bied bot varus équin paralytique. La marche se fait bien.

Eugène Rochard.

COURRIER

—

Loi de l'assistance médicale gratuite. — Après une discussion entre M. Lenoël, qui fait des réserves sur les conséquences financières du projet, et MM. Monod, commissaire du gouvernement, Loubet, de Carné et le rapporteur, le Sénat adopte sans modification les 23 premiers articles du projet dans la séance de lundi. A l'heure qu'il est, la loi entière a été votée.

Académie de médecine. — Dans sa dernière séance, l'Académie a entendu la lecture du rapport de M. Ollivier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police sanitaire, et a classé ainsi qu'il suit les candidats ; en première ligne, M. Magnan ; en deuxième ligne, M. Motet ; en troisième ligne, M. Napias ; en quatrième ligne, M. Laugier, et en cinquième ligne, M. A.-J. Martin.

Concours du bureau central (Chirurgie). — MM. Le Dentu, Delens, Marchand et Prengrueber ont accepté de siéger dans ce concours. MM. Oulmont et Kirmisson ont refusé. Les deux juges suppléants désignés pour les remplacer sont MM. Tenneson et Jalaguier.

— Jury du concours pour trois places d'interne à Berck : MM. Lannelongue, Charrin, Mathieu.

— MM. Brouardel, doyen de la Faculté et Proust, inspecteur général des services sanitaires, vont quitter Paris pour se rendre à Dresde où ils sont chargés, de concert avec M. Barrère, ministre de France à Munich, de représenter le gouvernement à la nouvelle conférence sanitaire internationale.

Le programme de la conférence porte sur les mesures à prendre en ce qui concerne la propagation de l'épidémie cholérique en Europe et l'application aux embouchures du Danube des règles établies par la conférence de Venise.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 14 mars 1893, M. le docteur Decès (de Reims) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Corps de santé de la Marine et des Colonies. — M. le médecin de 1re classe Recoules est désigné pour embarquer sur le *Magon*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — Le docteur Paul Reclus.

—

MASTITES SUBAIGUES ET CANCERS DU SEIN

Je vous ai montré, dans notre dernière conférence, que les mastites chroniques sont, la plupart du temps, méconnues et prises pour des cancers du sein. Je voudrais vous prouver aujourd'hui, en m'appuyant sur quelques observations personnelles ou communiquées par mes collègues, que les mastites subaiguës se prêtent aussi à l'erreur et la faute alors peut être double : non seulement la mastite a fait croire au cancer, mais aussi le cancer a été confondu avec la mastite, et vous m'avez vu m'y tromper récemment. Je me hâte d'ajouter, toutefois, que la moisson de faits sera moins abondante que pour la thèse soutenue dans ma précédente clinique, car les signes et les caractères capables de redresser le diagnostic sont ici beaucoup plus nombreux.

Les mastites subaiguës, ai-je dit, peuvent être prises pour des cancers : En 1887, j'ai observé, à l'Hôtel-Dieu, une cantinière de 55 ans qui, trois mois avant son entrée à l'hôpital et quelque temps après un heurt violent sur la poitrine, avait constaté une tumeur de la partie externe du sein droit. Elle était de la grosseur d'une noisette, puis elle s'accrut progressivement en provoquant plutôt de la gêne qu'une véritable souffrance. La malade nous consulte et nous trouvons la peau de la mamelle, normale dans sa moitié supérieure, un peu rosée dans le segment inférieur. Prise à pleine main, la tumeur semble occuper toute la glande inégale, mamelonée et pesante. La consistance en est dure ; en aucun point on ne sent de fluctuation et l'aisselle est remplie par une masse volumineuse de ganglions. Plusieurs de nos futurs collègues, alors candidats au Bureau central, crurent à l'envahissement de la mamelle par un cancer encéphaloïde à marche rapide.

Ce diagnostic dura huit jours pendant lesquels, heureusement, aucune intervention ne fut proposée, car l'évolution de la tumeur devait bientôt ruiner notre hypothèse : la peau du segment inférieur devint tout à coup œdémateuse, rouge et chaude, des élancements violents, une douleur extensive se manifestèrent avec une intensité telle que la malade réclama une intervention immédiate. Cette marche suraiguë avait sans doute pour cause les examens réitérés, les manipulations, le véritable pétrissage auquel, chaque matin, se livraient sur cette mamelle les élèves de la clinique. Toujours est-il que du pus s'était collecté et lorsqu'on refoulait la glande vers la paroi thoracique la peau se tendait en bas, comme si elle était soulevée par un liquide comprimé entre le gril costal et la mamelle. Une inci-

sion donna issue à une quantité énorme de pus crémeux et, dès le lendemain, notre opérée, dont l'état général était inquiétant jusque-là, n'avait plus de fièvre et reprenait son appétit.

Notre ami Charles Nélaton nous a fourni deux observations analogues et que nous avons déjà publiées ailleurs. Voici la première : Une malade entre dans le service de Richet pour une énorme tumeur du sein, que lui et plusieurs de ses collègues, en particulier Richelot, Quénu et Jalaguier prirent pour un cysto-sarcome. Un vieux praticien, chirurgien militaire fort instruit, le docteur Ferraton, résistait cependant à ce diagnostic ; il remarquait que la femme avait sevré six semaines auparavant, et qu'une pression continue faisait jaillir, par les pertuis du mamelon, quelques gouttes de lait. Pourquoi ne s'agirait-il pas alors d'un abcès à marche subaiguë ? On suspend l'opération : au bout de quelques jours, la fluctuation d'abord douteuse, puis obscure, devenait évidente et une large incision livrait passage à une quantité de pus fort considérable : le premier diagnostic de cysto-sarcome était infirmé.

Seconde observation à peu près semblable : Une femme, d'une quarantaine d'années, entre à l'hôpital Beaujon. Sept mois après un allaitement, s'était développé, dans la mamelle, une tumeur qui, par son volume, sa consistance, sa forme, l'état de la peau sus-jacente, l'adénopathie axillaire était, en tous points, semblable à un encéphaloïde. De fait, ce fut le diagnostic du chef de service et de trois jeunes chirurgiens des hôpitaux qui, le lendemain, examinaient la malade. Mais bientôt le tableau clinique change : les téguments deviennent chauds et rosés ; le néoplasme se ramollit vers son centre où la fluctuation s'accuse ; on incise ; un flot de pus jaillit et en deux semaines la guérison était complète. Ici, encore, c'est grâce à l'évolution de la mastite que le diagnostic de cancer put être écarté.

Phocas fournit, dans sa thèse, deux observations non moins remarquables ; la première est due à Le Fort : une malade entre dans son service pour une affection du sein. La dernière de ses couches remonte à dix mois ; mais l'allaitement ne dura qu'un mois. Huit mois après le sevrage, des démangeaisons surviennent dans le sein gauche, où l'on constate l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf. Lors des premiers examens, la mamelle est beaucoup plus grosse que celle du côté droit ; la peau est sillonnée de quelques veinosités bleuâtres ; le mamelon est légèrement rétracté. Quant au néoplasme, il est mobile sous la peau sous-jacente, indolent, bosselé et dur ; les ganglions de l'aisselle sont engorgés. M. Le Fort conclut à un cancer qu'il traite par la compression ; mais les bandes ne purent être tolérées. Au bout de sept jours, la fluctuation apparaît ; on incise, et une quantité énorme de pus phlegmoneux s'écoule. La guérison était obtenue en quelques jours.

La dernière de ces observations a été recueillie dans le service de Le Dentu : une journalière de 24 ans prend froid un mois et demi après ses couches ; dès le lendemain, lourdeur dans le sein gauche et douleur irradiée vers l'aisselle ; la glande augmente et l'on constate, dans le segment inférieur, une tumeur ferme, nullement fluctuante. La peau qui la recouvre est souple et mobile ; le mamelon n'est pas rétracté, l'aisselle est libre de ganglions. Cette mamelle, lourde, gonflée, volumineuse, était dure.

Cependant, on y remarquait, au bout de quelques jours, un soulèvement et une fluctuation obscure qui ne tardèrent pas à disparaître. Le gonflement diminue sous l'influence du traitement, et lorsque la malade quitte l'hôpital, il ne reste plus qu'un noyau indolore, lobulé et moins résistant que n'était la tumeur au début. Comme dans les observations précédentes, la marche de l'inflammation vint infirmer le premier diagnostic de cancer qui avait été porté.

Les cancers du sein, ai-je dit, peuvent à leur tour être pris pour des mastites subaiguës. Voyons maintenant cette réciproque qui, je dois le déclarer tout d'abord, ne me paraît pas devoir être fréquente. J'en ai pourtant trois observations personnelles. En 1887, j'opérais une dame de 50 ans pour une tumeur du sein droit sur la nature de laquelle j'avais longtemps hésité. La mamelle, distendue par une masse irrégulière bosselée et dure, était couverte d'une peau œdémateuse, adhérente au tissu sous-jacent, rosée et chaude; sous les parties d'apparence les plus enflammées, la pression réveillait de la douleur et on y percevait une fluctuation des plus nettes. Cette sorte de mastite s'était développée avec une rapidité extrême, puisque, en deux mois, elle avait acquis le volume énorme que nous constations alors; il y avait des ganglions indurés dans l'aisselle. Aussi, je pensai à quelque inflammation totale de la glande, de cause inconnue, car les traumatismes invoqués me paraissaient sans valeur et il n'y avait pas eu de grossesse depuis plus de vingt ans. Mais l'évolution de la tumeur nous donna, ici encore, le diagnostic : les bosselures grossirent et la peau ne s'ouvrit pas comme elle l'eût fait dans un phlegmon. J'extirpai largement la tumeur; il s'agissait de ces adéno-sarcomes où les cavités sont distendues par des végétations arborescentes, molles et polypiformes. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour, près de sept ans depuis l'amputation.

Deuxième fait : En 1889, je fus appelé, par mon ami le docteur Raymond, auprès d'une Américaine d'une trentaine d'années, fort inquiète au sujet d'une tumeur développée dans la mamelle gauche. Les accidents n'avaient que quelques jours de date. Ils se traduisaient par de la gêne, une sensation de pesanteur dans la glande plus chaude et plus résistante. Au premier examen, voici ce que je constatai : le sein tout entier semblait envahi par un œdème inflammatoire au milieu duquel on sentait, toutefois, trois foyers distincts, noyaux plus durs et plus douloureux. De la plus externe de ces masses partait une traînée, sorte de corde qui soulevait la peau à laquelle elle adhérait et qui gagnait l'aisselle en abordant un volumineux ganglion. Il paraissait impossible de repousser l'idée d'un phlegmon d'allure au moins subaiguë, bien que rien dans l'étiologie ne nous permît d'appuyer cette idée; il n'y avait pas eu de traumatisme, et si la malade avait eu deux enfants, le dernier avait déjà 7 ans; la sécrétion lactée, à peine appréciable du reste après l'accouchement, remontait à une époque trop lointaine pour être incriminée.

J'appelai en consultation M. Verneuil; mais déjà l'aspect de la mamelle avait beaucoup changé; les trois foyers s'étaient réunis et ne formaient plus qu'une masse unique englobant la glande tout entière. Les plaques rouges et adhérentes, qui existaient en certains points, avaient fait place à une coloration uniforme et moins accentuée de la peau dont la consistance était devenue plus grande; le mamelon s'était rétracté, et, en définitive, le

doute ne paraissait plus permis; il s'agissait d'une encéphaloïde de la mamelle et ce fut le diagnostic de mon maître. La glande fut enlevée avec la peau qui la recouvrait; aussi ne put-on faire de réunion et la cicatrisation complète n'était obtenue qu'au septième mois; l'année suivante, la mamelle droite fut prise à son tour et amputée; une nouvelle opération complémentaire fut même jugée nécessaire au bout de quelques mois jusqu'à ce que, à la fin de la troisième année, une généralisation cancéreuse emporte la malade.

Enfin, Messieurs, voici un troisième fait beaucoup plus récent : A la fin de janvier entrait, dans nos salles, une femme de 35 ans dont, jusque-là, la santé avait été excellente ; elle avait eu trois enfants dont le dernier il y a six mois, et c'est à cette époque que la malade vit apparaître, autour du mamelon, peut-être un peu rétracté, quelques indurations : les unes dans la glande elle-même, les autres, plus petites, dans l'épaisseur de la peau; l'aisselle se prit à son tour et les accidents furent assez graves pour que l'idée de l'hôpital ne fut pas repoussée, et voici ce que je constate : la peau qui recouvre la mamelle est épaisse, adhérente à la glande, chagrinée elle présente, çà et là, de petites tumeurs semblables à des grains de plomb enchâssés dans les téguments; en dedans, vers le sternum, on trouve une plaque rouge, œdémateuse, qui conserve l'empreinte du doigt, douloureuse et d'aspect inflammatoire; la fluctuation y est, de plus, nette, et l'on dirait un abcès chaud.

Cet œdème, cette rougeur, cette fluctuation se retrouvent dans l'aisselle dont le creux s'est comblé, et la région forme, au contraire, une saillie globuleuse due sans doute à une collection purulente sur le point de s'ouvrir. Au centre de la tuméfaction, en effet, la peau s'est amincie et le pus semble prêt à s'échapper. Comme les douleurs sont assez vives, nous nous décidons à intervenir, et, sous la cocaïne, nous incisons à la fois le foyer mammaire et le foyer axillaire; l'un et l'autre sont recouverts par une peau beaucoup plus épaisse et beaucoup plus résistante que nous ne le pensions, et l'un et l'autre forment une cavité bien moins considérable que dans les collections purulentes ordinaires; les parois sont déchiquetées, irrégulières, et le liquide est une substance demi-fluide ou le pus semble mélangé à du sang et à des débris de tumeur; l'examen bactériologique, fait au laboratoire de Pasteur, n'y a révélé l'existence d'aucun micro-organisme.

Il ressort de ces huit observations — et nous pourrions en multiplier le nombre — que les mastites subaiguës prennent parfois l'allure du cancer, et que parfois le cancer ressemble à une mastite subaiguë Mais l'erreur est ici moins redoutable que pour les abcès chroniques du sein; elle ne dure pas, et nous ne connaissons pas de faits où une amputation du sein ait été pratiquée pour une mastite qu'un coup de lancette eût guérie. Or, nous avons vu, dans notre dernière conférence, que souvent la mamelle avait été extirpée pour une mastite chronique, malheureusement confondue avec un cancer. C'est que nous avons des éléments de diagnostic plus nombreux qui, groupés en faisceau, finissent par nous donner la certitude. Et les caractères que donne Pierre Delbet dans son article du *Traité de chirurgie*, et qui ne nous semblaient pas valables pour les mastites chroniques

nous paraissent, au contraire, suffisants, dans la plupart des cas, pour permettre de distinguer la mastite subaigue de l'encéphaloïde et l'encéphaloïde de la mastite subaiguë.

Voyons d'abord l'étiologie : les mastites subaiguës, nous dit-on, reconnaissent pour cause principale la lactation et les traumatismes. Or, justement, dans nos cinq observations, nous notons, dans le premier cas, un choc violent qui précède de peu le gonflement inflammatoire de la mamelle; dans le deuxième, la glande est encore gonflée par le lait et le sevrage ne date que de six semaines; dans le troisième, il remonte à cinq mois, et à huit dans le quatrième ; mais on sait que ce temps est loin de suffire toujours pour tarir la sécrétion. Enfin, dans le cinquième, la mastite se développe un mois et demi après la couche. Il y a donc là un caractère de premier ordre et, dans tous les cas, si la puerpéralité peut être en jeu, il faut songer d'abord à la possibilité d'une inflammation quelles que soient les allures prises par la tuméfaction : l'indolence possible, l'épaississement et l'induration de la peau, la rétraction du mamelon, l'absence d'une fluctuation bien nette. Ces signes, qui appartiennent surtout au cancer, ont beau exister, c'est souvent d'une mastite subaiguë qu'il s'agit.

Malheureusement pour ce caractère, sa valeur est diminuée de ce fait que, si la sécrétion lactée est une cause indiscutable de mastite, elle ne s'oppose cependant pas à l'évolution du cancer, et dans notre dernière observation, celle où nous avons pris un cancer pour une mastite suppurée accompagnée d'une vaste adénite fluctuante de l'aisselle, nous avons peut-être été induit en erreur par l'apparition des premiers accidents dans la glande peu de jours après une couche. Il ne s'en agissait pas moins d'un néoplasme cancéreux légitime. J'ai publié ailleurs l'histoire d'une journalière de 40 ans entrée dans mon service pour un cancer encéphaloïde développé dans une mamelle en pleine lactation et enflammée par place. La tumeur ulcérée et débordante était adhérente au tissu profond et des abcès s'ouvraient qui donnaient issue à du pus et à des débris cancéreux. Un érysipèle même y prit naissance, qui parut faire disparaître l'encéphaloïde; ses champignons exubérants furent, pour ainsi dire, fauchés par l'exanthème. Malheureusement, au bout d'un mois, la tumeur reprenait sa marche.

Néanmoins, maintenons ce signe à l'actif de la mastite aiguë, et disons que la proximité d'une couche est surtout en faveur de l'inflammation. Le symptôme douleur de doit pas être négligé ; cependant, il y a plutôt pesanteur et gêne que souffrance véritable dans notre premier cas de mastite; la douleur n'est pas mentionnée dans le deuxième et le troisième; dans le quatrième, la tumeur est indolente, et dans le cinquième seulement on parle de douleurs irradiées vers l'aisselle. Ce caractère est donc loin d'être constant et tout en le retenant comme pouvant peser de quelque poids dans la balance, sachons qu'il est loin d'être décisif. Il en est de même de l'état des ganglions : d'habitude ils sont plus rapidement tuméfiés, et plus volumineux dans les mastites. C'est, en effet, le cas de trois de nos observations où l'aisselle est distendue par une énorme adénite; mais la tuméfaction ganglionnaire n'est pas notée dans un cas, et elle manque dans un autre. Et puis ne voyons-nous pas dans notre deuxième et surtout dans notre troisième observation d'encéphaloïde de la mamelle une adénite volumineuse

de l'aisselle? Dans notre dernier fait, le creux axillaire rempli par les ganglions en était devenu globuleux.

Sans donc méconnaître la valeur de ces signes, reconnaissons que, pris individuellement, ils ne donnent aucune sécurité, et, dans tous nos cas, c'est l'observation patiente de la maladie, l'étude de sa marche et de son évolution qui ont fini par nous donner le diagnostic; au bout de quelques jours, de quelques semaines au plus, les signes de la mastite s'affirment, la fluctuation devient nette, le pus se fait jour à l'extérieur; ou bien, dans le cas contraire, les caractères du cancer s'accentuent : la peau devient plus épaisse, plus dure, des nodosités se montrent, une sorte d'éruption de pustules, caractéristique d'un carcinome du tégument. En fait, dans les huit observations que nous avons transcrites, dans les cinq cas de mastites et dans nos trois cas de cancers, l'erreur de diagnostic, ou mieux le doute des premiers jours n'a jamais conduit à une thérapeutique condamnable; on n'a pas, comme dans les faits de mastites chroniques, amputé une glande qu'on eût pu se contenter d'inciser. Une seule fois, dans la dernière observation, il m'est arrivé d'ouvrir, comme une collection purulente, la bosselure rouge, ramollie et fluctuante d'un cancer. Mais, si nous nous sommes permis une pareille intervention, c'est d'abord à cause de son innocuité et puis pour asseoir définitivement un diagnostic douteux.

C'est vous dire, Messieurs, qu'un peu d'attention, un peu de science et beaucoup de patience vous suffiront, même dans les cas difficiles, pour distinguer les inflammations des cancers. Mais n'oubliez pas — et c'est l'enseignement que je vous voudrais voir retirer de cette conférence — n'oubliez pas que, en clinique, les caractères décisifs, irrécusables, les signes pathognomoniques, comme on dit, n'existent guère ou n'existent pas. Et, pour ce qui a trait à l'objet de notre entretien d'aujourd'hui, les ressemblances des mastites subaiguës avec certaines encéphaloïdes de la mamelle peuvent être telles qu'il ne faut pas se contenter de l'examen « actuel »; les débuts du mal et son évolution fournissent parfois des indications précieuses dont la plus importante, malgré ses défaillances, sera d'établir si la glande est ou n'est pas en état de lactation.

De la mort subite chez les accouchées

La mort subite chez les accouchées peut dépendre de causes très diverses.

Au point de vue médico-légal, il est très important de savoir que, dans beaucoup de cas, il est impossible de trouver à l'autopsie une lésion capable d'expliquer l'accident. Une injection intra-utérine faite avec le plus grand soin, poussée sans la moindre violence, peut être suivie d'une syncope mortelle. Dans des cas réunis par M. Bonvalot, les liquides employés étaient la teinture d'iode, le perchlorure de fer, le sulfate de cuivre, et l'autopsie n'a rien montré de particulier,

Une syncope mortelle peut survenir pendant le travail sans la moindre provocation (Gelis) ou consécutivement à une simple injection vaginale. Lorain, faisant une injection avec une seringue de verre chez une femme atteinte de vaginite, vit sa malade succomber brusquement. Le contact d'une canule introduite dans le col dans un but criminel et sans qu'aucune injection ait été faite, a encore pu entraîner une syncope fatale, et le simple toucher vaginal a été, dans un cas, suivi de cet accident.

Même, lorsque la mort ne survient pas, les différentes manœuvres que nous venons d'énumérer sont parfois suivies de phénomènes graves : pertes de connaissance prolongées, accidents convulsifs, etc.

Il est évident que, dans les faits de ce genre, il s'agit de phénomènes d'inhibition, c'est-à-dire « d'un acte en vertu duquel une propriété ou une activité, et secondairement une fonction ou une simple action, disparaît complètement ou partiellement, soudainement ou très rapidement, pour toujours ou temporairement, dans une ou plusieurs parties de l'organisme, à distance d'un point irrité du système nerveux ».

La syncope succède, du reste, parfois à des phénomènes qui l'expliquent parfaitement, tels que des hémorrhagies graves, des douleurs très vives, une opération obstétricale de longue durée.

M. Vinay, qui a récemment consacré un mémoire important à l'étude du sujet qui nous occupe, attribue une grande importance comme cause de mort subite à l'embolie de l'artère pulmonaire et du cœur droit. La coagulation veineuse, qui est l'origine de l'embolie, se produit habituellement dans les cas où il se fait une infection légère; chez certains malades, cependant, il n'est pas survenu le moindre phénomène de septicémie pouvant entraîner la formation de thromboses, et on ne peut guère invoquer, pour l'expliquer, que l'anémie tenant à la grossesse, à des hémorrhagies, etc. Fréquemment, des petites embolies se font dans le poumon avant qu'un caillot ne vienne obturer un vaisseau volumineux ; on voit alors se produire de petites syncopes, des accès dyspnéiques, des points de côté subits dont la valeur pronostique est grande.

Ehrendorfer a vu la mort être causée par des thromboses simples, non inflammatoires, des sinus. Le même auteur a insisté sur la fréquence relative de la dégénérescence graisseuse du cœur comme cause de mort subite pendant l'accouchement ou la période puerpérale. D'une façon générale, M. Vinay pense que l'on a exagéré le danger des affections valvulaires bien compensées lorsqu'une gestation survient, mais il considère aussi la dégénérescence cardiaque comme très grave.

La mort subite succède parfois à l'introduction de l'air dans les sinus utérins. Cet accident peut se produire à la suite d'explorations vaginales trop fréquentes, et surtout lorsque la main est introduite dans l'utérus pour pratiquer une version ou une délivrance artificielle. Quelquefois, les accidents sont transitoires, mais si la quantité d'air qui pénètre est un peu considérable; on voit survenir les symptômes de l'embolie pulmonaire grave et la malade succombe.

Enfin, la mort peut encore survenir par suite de causes qu'il nous suffira d'énumérer : hémoptysie et hématémèses foudroyantes; hémorrhagie uréthrale ou méningée avec ou sans éclampsie; épanchement pleurétique, etc., etc.

Nous attirons spécialement l'attention sur les cas de mort par inhibition. L'expert ayant à faire un rapport sur un fait de ce genre devra bien savoir que l'accident peut survenir indépendamment de toute faute du médecin ou de la sage-femme.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mars. — Présidence de M. Ferrand.

Emphysème du médiastin.

M. Galliard : En dehors des traumatismes, on cite, parmi les causes de rupture des vésicules pulmonaires et de l'emphysème consécutif, l'atrophie sénile du poumon, la tuberculose, la pneumonie, la broncho-pneumonie, la coqueluche; les violents efforts

dès parturientes, les efforts respiratoires, des individus dyspnéiques peuvent aussi produire cette rupture des vésicules pulmonaires et l'emphysème des espaces interlobulaires, du médiastin et l'emphysème sous-cutané; ceci se voit aussi dans les dyspnées toxiques, et, en particulier, dans la dyspnée du choléra. M. Galliard en avait déjà publié un cas en 1892. L'emphysème du médiastin avait été découvert à l'autopsie; il ne s'était manifesté par aucun symptôme.

Le diagnostic est, d'ailleurs, à peu près impossible. D'après quatre cas qu'il a observés en 1888, F. Muller pense cependant que le diagnostic peut être établi à l'aide des signes suivants :

1° Effacement des espaces intercostaux;

2° Disparition do l'impulsion du cœur et du choc de la pointe;

3° A la percussion, sonorité anormale remplaçant la matité cardiaque;

4° A l'auscultation, crépitation fine, isochrone à la systole cardiaque et occupant seulement la région du cœur.

On peut ajouter l'exaspération brusque de la dyspnée, seul symptôme qui puisse faire soupçonner l'emphysème du médiastin, car les signes cités par Muller n'ont pas en réalité une bien grande valeur.

M. Galliard a observé un cas d'emphysème du médiastin au mois d'octobre 1892. Il s'agissait d'une femme atteinte de choléra grave qui, amenée au bastion 36 le 16 octobre à dix heures du soir, mourut le lendemain matin à sept heures malgré deux transfusions intra-veineuses.

Avant la mort, on n'avait rien remarqué qui pût faire songer à l'emphysème du médiastin.

A l'autopsie, on trouva de l'emphysème prépéricardique, une infiltration gazeuse du revêtement des gros vaisseaux et du tissu conjonctif du médiastin postérieur, un emphysème sous-pleural et interlobulaire, prononcé surtout à droite, surtout aussi au niveau du lobe moyen, qui était le siège de la rupture vésiculaire. Le poumon droit donnait, à la coupe, une quantité assez considérable d'écume blanchâtre; le liquide qui s'écoulait des bronches était très aéré.

Le poumon gauche était fortement congestionné, mais l'emphysème sous-pleural et interlobulaire était beaucoup moins marqué de ce côté. Des deux côtés, au niveau du bord postérieur des poumons, on voyait quelques ecchymoses sous-pleurales.

Enfin, à côté de l'aspect psorentérique de l'intestin grêle, on remarquait l'hypertrophie, sans ramollissement, des ganglions mésentériques; les plaques de Peyer étaient normales, et la rate n'était pas modifiée dans son volume ni dans sa consistance.

Les glandes parathyroïdiennes de l'homme.

MM. Chantemesse et René Marie décrivent de petits organes glandulaires qu'ils ont trouvés au voisinage du corps thyroïde chez l'homme, et confirment ainsi la description que Sandström avait déjà donnée de ces glandes parathyroïdiennes.

Elles forment deux groupes, l'un, plus important, situé à la partie inférieure du corps thyroïde, au niveau du point de pénétration de l'artère thyroïdienne inférieure. Ce groupe comprend deux ou trois petites glandules du volume d'un grain de blé à celui d'une lentille, rondes, ovoïdes ou réniformes. Le second groupe, en général moins volumineux, siège au niveau du point de pénétration de l'artère thyroïdienne supérieure. Ces petites glandes sont libres ou entourées de tissu cellulaire et munies d'un petit pédicule vasculaire.

La structure de ces glandes est très différente de celle des ganglions lymphatiques;

elles sont formées d'un stroma conjonctif qui les subdivise en lobules; elles sont parcourues de nombreux vaisseaux capillaires; les lobules sont formés d'amas de petites cellules tantôt disposées sans ordre, tantôt sous la forme d'un cercle dont la périphérie est tapissée de petites cellules cubiques et dont le centre est rempli d'éléments disposés sans ordre.

Parfois on distingue de véritables tubes de cellules épithéliales. Enfin, à la périphérie des glandes, on voit souvent de petits amas arrondis dont la partie centrale renferme une matière d'apparence colloïde.

MM. Chantemesse et Marie insistent sur ce fait que ces glandules sont situées en dehors de la capsule du corps thyroïde et qu'elles doivent être respectées dans les interventions chirurgicales sur le corps thyroïde, car après la thyroïdectomie elles sont capables de jouer un rôle de suppléance analogue à celui de la glande pituitaire.

Infection par le staphylocoque.

M. Rendu présente l'observation d'une femme qui, le 21 février dernier, entrait à l'hôpital avec des symptôme typhiques. Depuis un mois, cette femme éprouvait du malaise, une sensation de fatigue, de courbature, mais elle avait pu continuer son travail, malgré un affaiblissement qui coïncidait avec de l'anorexie et un mouvement fébrile tout les soirs ; de plus, cette femme était alcoolique.

Le cœur était normal ; l'examen des poumons révélait de la submatité en arrière et à gauche et quelques râles sibilants à ce niveau. La langue était sèche, rôtie. Urines très peu abondantes, mais sans albumine. Le lendemain on trouvait en outre, au niveau de la base du poumon droit, un point soufflant. On pensa qu'il s'agissait d'une affection générale mal définie avec broncho-pneumonie.

La malade mourut dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva, en effet, deux petits foyers de broncho-pneumonie suppurée dans le poumon droit; le poumon gauche était œdémateux.

Le cœur était flasque et mou, le foie gros et graisseux; les reins étaient aussi en voie de dégénérescence graisseuse; la rate molle, diffluente.

L'examen bactériologique, pratiqué par M. Chaillou, révéla, dans les petits foyers suppurés, la présence du pneumocoque et du staphylocoque doré. Le pneumocoque n'existait seulement que dans les points suppurés. Dans les autres points du poumon et dans les autres organes, il y avait du staphylocoque.

Il s'agissait donc d'une infection générale par le staphylocoque, sans suppuration nulle part, sauf dans les points de broncho-pneumonie où le pneumocoque et le staphylocoque étaient associés.

M. Netter : Les observations d'infection générale par le staphylocoque ne sont pas rares; mais on trouve toujours quelque part un foyer de suppuration quelque minime qu'il soit. Au point de vue clinique, il n'y a qu'un moyen de faire le diagnostic de ces infections, c'est l'examen du sang et la recherche du staphylocoque dans la rate.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 mars 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : Marinesco et Sérieux : Troubles trophiques consécutifs à une lésion du trijumeau et du facial. — Déjerine et Sottas : Névrite interstitielle et progressive de l'enfance. — Roger : Action de la bactéridie charbonneuse sur le lait. — Communications.

MM. Marinesco et Sérieux présentent une malade qui s'est tiré, il y a quatre ans, un coup de revolver dans l'oreille droite. On constate, actuellement : 1° une paralysie

faciale totale avec réaction de dégénérescence; 2° une abolition de la sensibilité au contact, à la douleur et à la température pour la plus grande partie du territoire cutané et muqueux innervé par le trijumeau avec paralysie du ptérygoïdien interne et réaction de dégénérescence du masséter (la sensibilité à la pression est conservée, la sensibilité gustative est abolie du côté droit pour la moitié intérieure de la langue); 3° des troubles trophiques. La peau est dépigmentée par place et semble infiltrée et épaissie, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané et la muqueuse buccale du côté droit. Les poils présentent un développement anormal, la conjonctive est hyperémiée, la cornée est le siège d'une taie, la pupille est blanche, la sécrétion sudorale est exagérée; le maxillaire inférieur droit est hypertrophié et la moitié droite de la langue atrophiée. La température est abaissée du côté lésé.

Quel est le mécanisme des désordres de nutrition consécutif à la section du trijumeau. L'existence de nerfs trophiques centrifuges était loin d'être démontré pour les tissus épithéliaux non glandulaires et pour les diverses formes de tissu conjonctif, on peut admettre que les troubles de la sensibilité ont une influence prépondérante dans la production des désordres trophiques. D'ailleurs, la lèpre, la syringomyélie, les amyotrophies d'origine articulaire, les arthropathies tabétiques, les lésions expérimentales ou pathologiques du trijumeau, toutes affections caractérisées par des troubles de la sensibilité en plus ou en moins, sont aussi des maladies à désordres trophiques. Ceux-ci peuvent donc intervenir par voie réflexe consécutivement à des modifications des nerfs centripètes.

A l'état normal, l'action trophique des centres nerveux est sollicitée par les excitations centripètes (sensations tactiles, douloureuses, thermiques, processus chimiques de nutrition). Celles-ci maintiennent, par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs, moteurs ou trophiques, l'équilibre des échanges nécessaires à l'intégrité des tissus. Les modifications persistantes, en plus ou en moins, troublent les rapports du système centrifuge et amènent des désordres nutritifs. L'hémiatrophie de la langue, étant donnée l'intégrité du lingual, semble confirmer l'hypothèse de la pathogénie par voie réflexe de ces troubles trophiques.

Ainsi que le fait remarquer M. Laborde, cette observation montre la reproduction chez l'homme des effets expérimentaux de la section de la branche sensitive du trijumeau. La section incomplète du facial, l'existence des anastomoses et des fibres récurrents de ce nerf expliquent la persistance partielle de la motilité.

M. Dejérine décrit, sous le nom de *névrite interstitielle et progressive de l'enfance*, une forme nouvelle d'atrophie musculaire progressive. Les observations de MM. Dejérine et Sottas se rapprochent d'un type décrit par Eulenbourg et caractérisé par une atrophie musculaire des extrémités sans troubles trophiques, avec abolition des réflexes, contractions fibrillaires et altération de la contractilité faradique et galvanique, les sens spéciaux restent indemne. Seulement, dans les cas de M. Dejérine, on constate en outre des troubles de la sensibilité douloureuse, tactile et thermique et des symptômes de tabès, signe de Romberg, troubles de la vue, nystagmus, douleurs fulgurantes, etc.

A l'autopsie d'un des malades, on a constaté une hypertrophie notable des nerfs périphériques des extrémités avec hyperplasie du tissu conjonctif; chaque tube nerveux était entouré d'un anneau épais de tissu embryonnaire. Les racines antérieures et postérieures étaient augmentées de volume et la moelle sclérosée au niveau du cordon de Goll, dans la région cervicale et de la zone radiculaire dans la région lombaire.

— Pour MM. Hallé et Dussard, la culture du bacterium coli dans l'urine change la réaction acide de cette dernière en une réaction d'abord neutre, ensuite légèrement alcaline. Le chiffre de l'urine diminue.

— M. Roger étudie l'action de la bactéridie charbonneuse sur le lait et montre que la coagulation de ce dernier peut tenir à de simples détails de la préparation. En effet, lorsque le lait est dans un tube, il se coagule rapidement et il ne reste qu'un disque mince de sérum alcalin à la partie supérieure. Au contraire, si le lait est placé dans un ballon à fond large et sur une épaisseur minime, la coagulation ne se produit pas. Le fait tient à ce que la bactéridie charbonneuse sécrète un ferment coagulant pour le lait, qui, dans la seconde expérience, est constamment en contact avec la bactéridie et est détruit par elle en servant à sa nutrition.

— M. Girode fait connaître un cas de pustule maligne transmis par un bouc.

— MM. Lion et Gilbert ont vu que des microbes semblables de l'intestin se comportaient très différemment vis-à-vis de l'indol, relativement à leur nature fermentative, etc.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 mars 1893. — Présidence de M. Hallopeau.

Traitement de la pourriture d'hôpital.

M. Hallopeau avait employé avec succès la résorcine chez une jeune fille atteinte de pourriture d'hôpital. Une nouvelle plaie ayant été suivie de la même complication, le topique échoua et aucun des topiques habituellement employés ne put arrêter la marche de la maladie. Dans ces conditions, M. Hallopeau eut recours au tartrate ferrico-potassique, que l'on employait beaucoup au Midi contre les chancres phagédéniques avant que l'on eût appris à connaître l'iodoforme. Il se servit d'une solution au tiers, avec laquelle il fit des lavages fréquents; le pansement était constamment imbibé du topique. Sous l'influence de ce traitement, la pourriture cessa de progresser et la malade guérit. L'application du tartrate ferrico-potassique est assez douloureuse, mais on peut empêcher la douleur à l'aide de la cocaïne et, du reste, la plaie devient insensible au bout d'un ou deux jours.

La narcéine

D'une note envoyée par M. Laborde, il ressort que la nicro-narcéine renferme la narcéine cristallisée avec laquelle on peut reproduire les expériences de Cl. Bernard. Il est possible d'étendre l'action de ce corps chez les animaux en le maintenant en dissolution dans de l'eau chaude.

M. Adrian rappelle que M. Patrouillard a obtenu un sirop de narcéine et en donne la formule :

Narcéine.................	0.25
Benzoate de soude........	0.40
Sirop simple..	500

La morphinomamie

M. Grellety attire l'attention sur ce fait, qu'il y a un grand nombre de médecins qu deviennent morphinomanes. Pas plus qu'un malade ordinaire, le médecin n'a le courage de résister à la passion qui lui devient fatale. On ne parvient à le délivrer de son vice qu'en le faisant consentir à l'internement. Le médecin morphinomane est même un danger pour ses malades, car la piqûre est pour lui le remède par excellence.

Pour M. Bordet les morphinomanes sont des dégénérés et on ne peut les guérir que très difficilement; souvent, s'ils abandonnent la morphine, ils recourent à un autre poison pour se procurer l'ivresse.

Lorsque l'on donne de la morphine, il est prudent de provoquer quelques accidents désagréables en en administrant d'emblée d'assez fortes doses ou en lui associant l'atropine. Le malade ne peu donc prendre de goût au remède.

M. Constantin Paul est tout à fait partisan de l'internement et de la suppression brusque. On peut aussi prescrire aux morphinomanes un long voyage sur mer, en ayant soin de veiller à ce qu'il n'emporte pas de poison. Les affections rénales ne contre-indiquent pas les opiacés, car la morphine s'élimine par les voies digestives.

Jamais on ne doit laisser les malades se piquer eux-mêmes.

COURRIER

La commission des finances, chargée d'examiner le projet de loi voté par la Chambre sur l'augmentation des patentes médicales, a rejeté cette augmentation. D'autre part, différentes Sociétés médicales de Paris, et notamment celles des IX[e] et VIII[e] arrondissements, ont, dans leur réunion, discuté ce projet et ont élu plusieurs de leurs membres, qu'elles ont chargé de se transporter au Sénat, afin de déterminer la Chambre haute à ne pas grever d'un impôt plus lourd une carrière pleine de charges et toute faite de dévouement.

— Un médecin de l'Ohio propose une loi pour l'abolition du baiser « insalubre et constituant une menace pour la santé ». Nous donnons cette nouvelle sans commentaires.

Hôpital Ricord. — Le préfet de la Seine, vu la loi du 18 janvier 1849, vu le décret du 25 mars 1852, etc., arrête : Article 1[er]. L'hôpital du Midi portera, à l'avenir, le nom d'hôpital Ricord. — Art. 2. Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 1[re] classe Jan est dirigé sur Toulon pour y embarquer sur le *Formidable*.

M. le médecin de 1[re] classe Damany débarque du *Styx*.

M. le médecin de 2[e] classe Caire embarque sur le *Styx*.

M. le médecin de 2[e] classe Dumas est maintenu hors cadre, pour trois nouvelles années, à la Compagnie des mines de Kébao (Tonkin),

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Dans un travail inaugural fort intéressant, M. Pic, après avoir réuni les 130 observations de péritonites tuberculeuses traitées par la laparotomie, publiées jusqu'en 1890, arrivait aux conclusions suivantes : « Nous ne connaissons pas d'intervention dans la péritonite miliaire aiguë. Dans la péritonite à forme ulcéreuse sèche, la proportion des guérisons est nulle (2 interventions, 2 morts) ; dans la péritonite tuberculeuse à forme ulcéreuse suppurée, la guérison a été obtenue dans 42,85 p. 100 des cas ; dans la forme fibreuse sèche, dans 71,42 p. 100 ; dans la forme ascitique généralisée, dans 73,33 p. 100, et, enfin, dans la forme ascitique enkystée, dans 95,12 p. 100 des cas. » M. Jalaguier, qui cite ces résultats dans son récent article du *Traité de chirurgie*, fait remarquer avec raison que ce qu'il importerait le plus de connaître, c'est le chiffre des guérisons définitives pour chacune des formes de tuberculose péritonéale, car c'est de ce chiffre seulement que l'on pourrait tirer des conclusions fermes relativement aux indications et aux contre-indications de l'intervention.

M. Beaussenat vient de répondre au desideratum exprimé par M. Jalaguier et a pu revoir, après un long temps, 5 des malades dont M. Pic avait publié l'observation personnelle ; chez ces 5 malades, la guérison, considérée comme très probable peu de temps après l'opération, s'était complètement maintenue.

Un des cas est particulièrement intéressant, car on a pu faire, chez la malade, une sorte de biopsie. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, opérée le 13 octobre 1890 par M. Poncet ; la cavité péritonéale, ouverte, renfermait trois litres de liquide et un semis de granulations de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une petite noisette, de couleur rouge vif, saillantes sur un réseau très congestionné. Un fragment du péritoine fut inoculé à un cobaye, qui mourut en présentant les lésions qui se produisent toujours lorsqu'on inocule du tubercule humain dans le tissu conjonctif sous-cutané de la cuisse de cet animal.

En octobre 1892, la malade semble parfaitement guérie, mais elle présente une éventration dont M. Poncet pratique la cure radicale. Il n'y a ni liquide ni adhérences dans le péritoine, pas trace de granulation tuberculeuse. Le feuillet viscéral, sur la largeur d'un travers de main de chaque côté de la cicatrice, présente une vascularisation anormale et un épaississement notable, d'aspect fibroïde et comme cloisonné par de minuscules logettes. Le feuillet viscéral est dépoli, légèrement villeux, d'une

teinte rosée, mais n'offre ni granulations ni fausses membranes. Inoculé au cobaye, le péritoine ne provoque le développement d'aucune lésion.

Cette biopsie permet d'expliquer le mécanisme de la guérison après la laparotomie. Il se produit, à la suite de l'opération, un tissu de néo-membranes d'abord très vasculaire, qui se rétracte ensuite et entraîne la sclérose des productions tuberculeuses.

Dans la forme fibreuse ascitique généralisée, M. Beaussenat admet que la laparotomie donne, chez l'adulte, 72 p. 100 de guérisons, parmi lesquels 52,94 p. 100 ont des chances d'être durables; les chiffres respectifs sont, chez l'enfant, 88 et 36 p. 100. Les résultats sont à peu près aussi bons dans la forme fibreuse en kystée, et, pour la forme fibreuse sèche, deux cas ont donné des succès. Par contre, l'opération n'a que peu de chances de succès dans la forme ulcéreuse sèche et dans l'occlusion intestinale survenant au cours de la péritonite tuberculeuse.

Il y a trois grandes contre-indications générales à l'intervention : fièvre très forte, tuberculose pleurale ou pulmonaire étendue ou à marche rapide, entérite bacillaire. L'incision abdominale est l'élément essentiel de la thérapeutique, et les manœuvres dont on la fait suivre souvent, ne semblent pas avoir d'importance. Enfin, sauf indications nettes, le drainage devra être rejeté ; la suture sera toujours à trois étages.

REVUE DE L'HYGIENE

Suppression des tueries particulières. — Le Conseil d'hygiène, dans sa séance du 17 mars, a voté sans discussion, et à l'unanimité, les conclusions d'un rapport qui lui avait été lu à la séance précédente par M. Nocard sur les inconvénients des *tueries particulières* et la nécessité de les remplacer par des *abattoirs publics* effectivement surveillés.

La question n'était pas nouvelle, tant s'en faut. Tous les corps compétents, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Comité consultatif des épizooties, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, les Congrès d'hygiène, de médecine vétérinaire l'ont tous discutée et résolue dans le même sens; elle a été traitée à fond au Conseil d'hygiène publique et de la salubrité de la Seine, par Armand Goubaux, dans un rapport très étendu dont il a donné lecture le 8 septembre 1883 (1).

Les arguments invoqués en faveur de cette réforme de premier ordre sont toujours les mêmes, et M. Nocard en a de nouveau fait ressortir la valeur. Les tueries particulières sont un véritable fléau pour l'hygiène. Elles laissent écouler sur la voie publique des eaux souillées de sang et de matières excrémentitielles qui exhalent des odeurs infectes et sont le réceptacle de tous les animaux malades que leur propriétaire n'ose pas conduire à l'abattoir de peur de les voir saisir. C'est là qu'on tue les vaches phtisiques et les porcs ladres qui entrent ensuite en ville sous forme de viandes foraines ou de saucissons. On s'explique ainsi le petit nombre d'animaux malades signalés par les

(1) Armand Goubaux : *Rapport sur les tueries particulières des bouchers et des charcutiers*, Paris 1888.

inspecteurs dans les abattoirs publics. Plus la surveillance y devient active et moins on en trouve; mais le consommateur n'y gagne rien; les bêtes suspectes sont conduites aux tueries particulières de la banlieue et rentrent en ville transformées comme nous l'avons dit.

Il n'y a donc pas de mesure hygiénique plus urgente que la suppression de ces établissements interlopes qui favorisent la fraude et menacent directement la santé des populations, Il y a plus d'un demi-siècle qu'on en a reconnu les dangers. L'ordonnance royale du 15 avril 1838, par son article 2, stipule « que la mise en activité de tout abattoir publique et commun, légalement établi entraînera, de plein droit, la suppression des tueries particulières situées dans la localité ».

Une décision de la Cour de cassation du 12 septembre 1851 a rendu obligatoire l'usage exclusif de l'abattoir public même pour les bouchers de la commune habitant en dehors de l'abattoir. Toutefois, le Conseil d'Etat, par une décision du 7 mars 1890, a singulièrement restreint la signification de l'ordonnance du 15 avril 1838, en spécifiant que, par le terme de *localité*, il ne fallait entendre ni une commune ni une ville, mais simplement toute agglomération dont ferait partie la tuerie située auprès de l'abattoir commun ou tout au moins n'en serait distante que d'un espace convenable pour en rendre l'usage possible, sans trop de frais pour l'exploitation. Les intérêts de l'hygiène ont été, comme on le voit, sacrifiés à ceux de la spéculation, mais il y a plus.

La Cour de cassation, jugeant au criminel a, par un arrêt du 10 avril 1879, maintenu aux aubergistes et aux propriétaires, dans une commune munie d'un abattoir public, le droit d'abattre des porcs chez eux pour leur propre consommation. C'est le droit à la fraude que consacre ce regrettable arrêt. On voit combien il est indispensable de reviser ce point de législation. C'est le vœu que le Conseil d'hygiène et de salubrité a émis à l'unanimité, en demandant avec M. Nocard :

1° Que l'abattoir public construit sur le territoire d'une commune puisse servir aux communes limitrophes;

2° Que la publication de l'accord intervenu à cet effet entre les communes intéressées entraîne de plein droit la suppression des tueries particulières existant dans ces communes

3° Que l'article 2 de l'ordonnance du 15 avril 1838 soit revisé dans le sens des dispositions qui précèdent.

Perruches infectieuses. — Au cours de cette même séance du Conseil d'hygiène, M. Dujardin-Beaumetz a fait une communication très intéressante. Tout le monde se souvient encore d'une épidémie bizarre qui survint, à Paris, il y a un an, à pareille époque, et qu'on attribua à des perruches provenant de Buenos-Ayres et apportées en France par le paquebot le *Véloce*.

Cinq cents de ces oiseaux avaient été embarqués à Buenos-Ayres par deux spéculateurs qui voulaient en faire le commerce; mais il en était mort trois cents pendant la traversée; celles qu'on débarqua étaient malades; il en succomba un grand nombre et des cas de pneumonie infectieuse furent signalés dans la plupart des maisons où elles furent recueillies. Les deux importateurs, leurs familles, leur entourage payèrent d'abord leur tribut à cette étrange maladie; puis elle s'étendit aux acheteurs; enfin, on en compta cinquante cas en tout et seize furent suivis de mort. M. Dujardin-Beaumetz fut chargé par le préfet de police de faire une enquête sur cette petite épidémie et, dans un rapport lu le 1er avril 1892 au Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, il conclut à une simple coïncidence (1). Il pensa que les malades en question avaient été

(1) Dujardin-Beaumetz : Enquête sur des cas de pneumonie infectieuse paraissant avoir été occasionnés par des perruches. (Paris, 1892.)

atteints de la grippe infectieuse à forme pneumonique qui régnait en ce moment.

Sa conviction n'est plus aussi ferme, elle est ébranlée par les faits qui se passent aujourd'hui sous ses yeux. Depuis quelque temps, la maladie de l'an dernier a reparu à Paris; elle y a déjà fait quatre victimes et on parle de trois autres cas survenus à la Salpêtrière. Cette fois, ce n'est pas sous forme de pneumonie, mais avec les caractères d'une affection typhoïde que la maladie se présente. Dans les quatre cas suivis de mort, les victimes avaient été en rapport avec des perruches malades et leur avaient donné à manger avec la bouche. On sait que cette façon malpropre de donner la becquée aux oiseaux est assez usitée parmi les personnes qui en élèvent. Cette fois, les perruches malades ne viennent pas de l'étranger; il n'est pas possible d'établir un rapport entre elles et les oiseaux apportés de Buenos-Ayres au mois de février 1892. Le liquide extrait par pression de leurs poumons et injecté à des animaux leur a donné la mort. Ces faits, je le répète, ont ébranlé les convictions de M. Dujardin-Beaumetz; l'enquête se poursuit; les cas sont recherchés, étudiés avec soin, et il sera bientôt possible de se faire une conviction. En attendant, il est prudent de ne plus donner la becquée aux oiseaux d'une façon aussi intime que le faisaient les quatre victimes précitées.

Epidémie charbonneuse dans une brosserie. — M. Chauveau vient de publier dans le numéro du mois de mars des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, le récit d'une petite épidémie de charbon survenue dans une brosserie située au Pont-de-Marq (arrondissement de Lille). Cet établissement n'emploie qu'une quinzaine de personnes, et, en quatre mois, de juillet à octobre 1892, on a observé sept cas de charbon parmi les ouvriers ou dans leurs familles. Un seul des malades a échappé à la mort.

Le médecin des épidémies de l'arrondissement de Lille attribue cette épidémie à des crins venus de Chine. Ce n'est pas la première fois qu'on incrimine à ce point de vue les provenances de l'extrême Orient; mais, dans le cas présent, ce n'est qu'une présomption, et, comme le fait observer M. Chauveau, le charbon est assez commun dans le département du Nord, et il n'est pas assez rare chez le cheval, pour qu'il ne soit pas possible d'attribuer l'épidémie de Pont-de-Marcq à des crins indigènes. Quelle qu'ait été la provenance de ce produit, la conséquence hygiénique à tirer du fait, c'est qu'il faut désinfecter les crins avant de les travailler, soit en les soumettant pendant quelques heures à l'action de l'eau bouillante, comme on le fait à Gand, soit en les plongeant dans une solution désinfectante, élevée à la température de 55 à 60 degrés.

Eclairage des champs de bataille. — La cinquième conférence de la Société de la Croix-Rouge s'est tenue, comme on le sait, l'an dernier, à Rome, et le baron Mundy, médecin en chef de l'ambulance de l'ordre militaire de Malte, professeur à l'Université de Vienne, y a soulevé la question de l'éclairage des champs de bataille, pour permettre de relever et de secourir les blessés pendant la nuit. Il a émis l'avis que la Société de la Croix-Rouge doit se munir en temps de paix des appareils électriques nécessaires, c'est-à-dire de chars avec des accumulateurs,

Le docteur G. Mendini s'est occupé des applications pratiques de cette idée et il a recherché quel était le genre d'appareils qui remplirait le mieux les conditions.

Il s'est arrêté à la *lampe-phare* dans laquelle on brûle, comme chacun le sait, de l'huile minérale. A l'appui de son opinion, il cite les expériences faites à Rome le 18 avril 1892, et qui ont donné de bons résultats, malgré les conditions défavorables dans lesquelles elles ont été faites.

Le terrain choisi pour ces expériences était situé à 1 kilomètre 1/2 de la porte Salaria, sur l'avenue Paroli.

L'appareil d'éclairage était une lampe Wells montée sur une voiture de bataillon. Vingt soldats avec armes et bagages simulaient les blessés. Ils avaient été dispersés dans les terrains avoisinants. Ceux qui étaient censés pouvoir marcher portaient une étiquette rouge ; ils devaient se diriger vers la lampe aussitôt qu'ils apercevraient sa lueur; les autres, désignés par une étiquette blanche, devaient rester couchés jusqu'à ce qu'on vînt les relever.

Il fallut une demi-heure pour monter et allumer l'appareil. Le premier blessé arriva vingt minutes après; puis vinrent les brancardiers apportant successivement les blessés découverts dans les plis du terrain. Cinq seulement échappèrent à leurs recherches. Malgré la pluie qui tombait à flots et le vent qui soufflait en rafales, la lampe projetait sa lumière sur une circonférence de 100 mètres de rayon et on y voyait assez clair pour qu'on eût pu non seulement panser les blessés, mais pratiquer les opérations d'urgence. (Dr G. Mendini, médecin de l'armée italienne. *Giornale medico del Ro escrito e della Ra marina, 1892*. N° 6 [Giugno]. Résumé par le docteur Depied, médecin de la marine française, dans les *Archives de médecine navale*, mars 1893, t. LIX, p. 186.)

Exposition internationale de médecine et d'hygiène. XIe Congrès international de médecine. — Le XIe Congrès international de médecine doit se réunir à Rome au mois de septembre prochain. L'Exposition sera ouverte du 15 septembre au 15 octobre, et pourra être prorogée. Elle aura lieu dans le palais des Beaux-Arts, situé rue Nationale, à peu de distance du siège du Congrès médical. Le président de l'Exposition, le docteur Pagliani, a envoyé des invitations aux Sociétés scientifiques de France et, en particulier, au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Un certain nombre de ces membres ont manifesté l'intention de s'y rendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Conditions biologiques de la régénération d'un nerf sectionné et de sa restitution fonctionnelle.

M. J.-V. Laborde : Lorsque l'on pratique la suture nerveuse quelque temps après la section accidentelle d'un nerf, on voit se rétablir à très bref délai, dans le territoire innervé, d'abord les fonctions de sensibilités préalablement abolies, et, ensuite, progressivement, la fonction des muscles plus ou moins atrophiés et impotents. Ce délai peut varier, d'après les faits observés par les chirurgiens, de *quelques heures* à quelques jours; on a même affirmé — pour l'avoir constaté — que ce retour pouvait se produire *immédiatement après* l'opération.

Parmi les hypothèses propices pour expliquer cette réapparition de la sensibilité, il en est une qui est en contradiction avec toutes les données de la physiologie.

Elle consiste à supposer qu'en mettant au contact, en affrontant, par la suture, les deux bouts du nerf divisé, on rétablit immédiatement la continuité du courant de

transmission ou de conduction nerveuse; de la même façon qu'en opérant le rapprochement et le contact des bouts momentanément séparés d'un fil conducteur électrique ou électrode, on rétablit le courant électrique ou son conducteur.

Or, quelque apparente assimilation que l'on puisse établir entre les phénomènes nerveux et les phénomènes électriques, rien, dans les faits scientifiques d'observation expérimentale, et même clinique, ne saurait justifier une pareille hypothèse explicative, que M. Laborde n'hésite pas à qualifier d'hérésie physiologique.

Quand on fait expérimentalement la suture des deux bouts d'un nerf sectionné, jamais, en dehors du délai normal de régénération des tubes nerveux, on n'observe le rétablissement de la conductibilité fonctionnelle proprement dite.

Si après l'affrontement immédiat à la suite de la section, les excitations mécaniques provoquent des phénomènes de sensibilité, cela tient aux suppléances anastomotiques et à la sensibilité récurrente.

M. Laborde a pu voir, chez la grenouille, des réactions de sensibilité apparaître par le simple rapprochement extemporané des bouts des nerfs divisés. Or, ce phénomène ne se produit plus si l'on parvient à sectionner toutes les anastomoses.

Les lois de la dégénération et de la régénération des nerfs mixtes sont aujourd'hui bien connues, et il suffira de rappeler que jamais on n'observe une régénération autogénique du bout périphérique du nerf mixte séparé de son bout central; cette régénération ne peut se faire que du côté de ce dernier. Le temps moyen d'une réparation saisissable est de un mois. La suture du nerf qui affronte les deux bouts permet au bout périphérique de recevoir les fibres qui lui viennent du bout central. Il y a donc indication formelle de l'intervention chirurgicale.

La sensibilité récurrente a été découverte par Magendie, mais c'est Cl. Bernard qui en a fixé les conditions de production et le mécanisme.

Les conditions de son déterminisme sont nettement fixées; elles résident essentiellement dans la nécessité d'un repos suffisant des appareils fonctionnels qui ont à intervenir après le choc traumatique qu'ils ont eu à subir.

Or, ces conditions sont précisément et exactement celles qui accompagnent les sections nerveuses accidentelles : en ce cas, comme dans le cas expérimental, le choc traumatique a déterminé une suspension, un arrêt momentané des phénomènes fonctionnels dans le territoire innervé par le nerf sectionné; et ce n'est qu'après un repos de plus ou moins longue durée, selon les autres conditions très variables de l'accident, notamment l'hémorrhagie plus ou moins abondante qui en peut résulter, et aussi selon les conditions individuelles, prédisposantes ou autres du sujet, que l'on peut constater le retour des phénomènes fonctionnels, alors seulement possibles, savoir ceux de SENSIBILITÉ RÉCURRENTE ou de sensibilité de suppléance entre lesquels existe, d'ailleurs, une connexité étroite.

Ce retour peut s'effectuer quelques heures après l'accident, plus rapidement même, et l'intervention chirurgicale peut le hâter, en ce sens, et seulement en ce sens que les incitations qu'elle réalise sont de nature à provoquer le réveil plus rapide, surtout après un repos suffisant de phénomènes fonctionnels momentanément assoupis.

Le professeur Richet père, en 1867, avait déjà reconnu l'importance de la sensibilité récurrente et M. Laborde a fait un grand nombre d'expériences pour mettre son rôle hors de doute.

Il est arrivé aux résultats suivants :

I. — Lorsque l'on coupe, sur un chien, l'un des troncs nerveux de la patte, sans toucher aux autres, la sensibilité, soit réflexe, soit consciente, n'est jamais abolie, ni même

diminuée, dans aucun point de cette patte, ni, par conséquent, dans le territoire innervé par les expansions du nerf coupé.

Cette sensibilité persiste tant qu'il reste un des nerfs du membre, mais elle paraît diminuer notamment, au fur et à mesure que les sections successives diminuent et suppriment les voies anastomotiques collatérales : c'est ce qui s'observe surtout dans le cas où cette suppression porte sur l'anastomose principale et constante du médian et du cubital; anastomose qui existe tout aussi bien chez le chien que chez l'homme, au niveau du poignet chez le premier, de la main chez le second.

Enfin, toute sensibilité ne disparaît complètement que lorsque tous les nerfs — sans en excepter un seul — ont été coupés.

II. — Il importe de noter que la constatation qui résulte de la recherche directement faite sur le bout périphérique du nerf sectionné est toujours plus efficace et plus démonstrative que celle de l'exploration de la surface cutanée ; ce qui permet de penser, par déduction légitime, que si, chez l'homme, on pouvait agir et on agissait, pour cette recherche, sur le tronc nerveux lui-même, on déterminerait des phénomènes de sensibilité dans des cas où l'exploration extérieure ou cutanée ne donne que des effets négatifs ou peu appréciables.

III. — Dans les cas où le traumatisme expérimental a été brusque, violent, étant réalisé à la manière d'une section accidentelle par une plaie profonde des téguments et des tissus, avec accompagnement de section simultanée des troncs vasculaires de la région et hémorrhagie consécutive, les phénomènes de sensibilité — de toute nature — ou bien font immédiatement défaut, ou bien sont réduits à un *minimum* à peine perceptible; mais le déficit n'est que momentané, il peut durer de quelques minutes à plusieurs heures (deux à trois en moyenne) ; et l'on constate, ensuite, le retour plus ou moins progressif et complet des fonctions sensitives.

On est là, évidemment, en présence des effets suspensifs du choc traumatique et ces mêmes conditions se rencontrent dans les cas humains de sections nerveuses accidentelles, et fournissent la véritable explication, l'explication physiologique de la suspension momentanée plus ou moins persistante de la sensibilité, et de sa réapparition spontanée consécutive, grâce au mécanisme de la récurrence.

IV. — La suture immédiate des bouts divisés, faite de manière à établir le plus exactement l'affrontement et le contact, n'a jamais amené le rétablissement fonctionnel de la conductibilité propre du nerf divisé, avant que la réparation régénératrice ne fût effectuée. Si, en effet, après la section d'un tronc nerveux et sa suture immédiate et parfaite, on sectionne toutes les branches collatérales en ne laissant subsister que le nerf suturé, on ne constate plus aucun signe de sensibilité.

V. — La dégénérescence du bout périphérique ne manque jamais; cependant quand on examine le bout périphérique du nerf coupé, on constate qu'il reste toujours quelques fibres nerveuses non dégénérées, et qui, par conséquent, doivent être restées en rapport avec les racines postérieures. Il est incontestable que ces fibres remontent à la moelle par un autre nerf et que ce sont les fibres de la sensibilité récurrente. La persistance de ces fibres non dégénérées n'avait pas été signalée jusqu'à présent.

VI. — Il est à remarquer, en outre, que si les fonctions de sensibilité sont conservées ou semblent revenir très rapidement, il n'en est pas de même des fonctions de motricité, qui elles, sont toujours et longtemps supprimées et ne reparaissent que fort lentement avec la séparation du nerf.

VII — Il est également à remarquer qu'à la suite des sections nerveuses, tous les modes de la sensibilité ne sont pas également altérés ; il semble que la sensibilité à la pression persiste dans tous les cas. Cette constatation est bien en rapport avec ce que

nous savons de la sensibilité récurrente. En effet, il semble que la sensibilité récurrente soit toujours plus obtuse que la sensibilité régulière; or, comme la sensibilité de pression répond à un mode de sensibilité moins exquise que la sensibilité de contact, rien de surprenant à ce qu'elle soit conservée quand cette dernière est très altérée. C'est ce qu'on a vu chez l'homme, en particulier dans certains cas de section du trijumeau.

VIII. — Dans cette persistance de la sensibilité après section nerveuse, il faut encore tenir compte des suppléances anatomiques. Dans tous les cas, on trouve toujours des filets nerveux non décrits, qui se rendent à la région innervée par le nerf sectionné.

De cette étude M. Laborde conclut :

A. — Il n'est pas possible, d'après les données physiologiques et expérimentales, d'attribuer au simple affrontement, au contact le mieux établi des bouts du nerf divisé, la restitution organique et fonctionnelle du nerf, qui serait dès lors immédiate, extemporanée.

B. — La régénération des tubes nerveux, par le mécanisme bien démontré du bourgeonnement central et de l'expansion périphérique des nouvelles fibres nerveuses, est nécessaire, indispensable pour la restitution organique et fonctionnelle en question.

C. — Les conditions diverses, relatives, soit à la suspension momentanée, soit à la persistance ou au retour plus ou moins rapide de la sensibilité, trouvent, pour une grand part, leur explication et leur interprétation rationnelle, conformes aux données physiologiques, dans les éléments suivants :

1° Phénomènes de sensibilité récurrente;

2° Phénomènes d'arrêt fonctionnel sous l'influence du choc traumatique, quand il existe;

3° Suppléances anatomiques, par suite d'anomalies plus ou moins fréquentes dans la présence et la distribution de branches nerveuses qui ne rentrent pas dans le plan normal.

4° La présence de fibres récurrentes non dégénérées dans le bout périphérique pouvant aider à la réparation plus rapide du nerf et, par conséquent, à une récupération fonctionnelle plus hâtive.

D. — Les phénomènes d'arrêt ou d'inhibition et d'hyperexcitabilité fonctionnelle ou de dynamogénie ne sont pas contestables au point de vue du fait : l'expérimentation et la clinique le démontrent de la façon la plus nette.]

Ils peuvent, pour leur part, intervenir pour l'interprétation physiologique de certaines conditions fonctionnelles, à la suite de sections nerveuses et de l'intervention chirurgicale; mais ils ne sauraient être invoqués pour la compréhension du rétablissement persistant et surtout définitif des fonctions propres des conducteurs nerveux en dehors de leur régénération.

Les indications et l'efficacité de la suture, qui ne sauraient être contestées, se justifient surtout, et mieux qu'on ne pourrait le penser, par les résultats et les déductions tirés de l'observation expérimentale et des données physiologiques.

— M. Magnan est élu membre titulaire par 59 voix, sur 78 votants. M. Motet a obtenu 14 voix, M. Napias, 3, et il y avait dans l'urne deux bulletins blancs.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Elimination par la salive de la morphine injectée sous la peau. — M. Julius Rosenthal a entrepris récemment, dans le service de M. le professeur Rosenbach (de Breslau), d'intéressantes recherches sur l'élimination, par les glandes salivaires, de la morphine injectée sous la peau. Dans les recherches antérieures sur l'élimination de la morphine, le rôle joué par les glandes salivaires avait complètement passé inaperçu, et l'on s'était surtout préoccupé de l'élimination qui se produit au niveau de la muqueuse gastrique.

M. Rosenthal retrouva la réaction de la morphine dans la salive de malades auxquels il faisait tous les jours une injection de 0 gr. 01 centig. Cette réaction n'apparaissait pas tout de suite; mais seulement le troisième ou le quatrième jour après le début des injections. En outre, quand on les cessait, la réaction persistait encore pendant plusieurs jours, ce qui démontre que la morphine s'accumule dans l'organisme.

M. Rosenthal pense que la quantité de morphine éliminée pas les glandes salivaires est assez considérable; on pourrait donc se demander si celle que l'on retrouve dans l'estomac n'a pas été, en partie du moins, avalé avec la salive; mais si l'on recommande aux individus en expérience de ne pas avaler leur salive, et si, au bout d'un certain temps, on retire, par les procédés usuels, du liquide de l'estomac, ce liquide présente d'une façon intense la réaction de la morphine. L'élimination de la morphine par la salive n'exerce donc dans ces cas aucune influence sur la réaction fournie par l'estomac. Ceci, toutefois, ne pourrait être prouvé qu'expérimentalement, en liant, par exemple, l'œsophage d'un animal auquel on aurait injecté de la morphine.

M. Rosenthal termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La morphine est éliminée en quantité non négligeable par la salive;

2° La morphine s'accumule dans l'organisme;

3° On ne peut, d'après la quantité de morphine contenue dans le liquide gastrique, déterminer celle qui a été éliminée par la muqueuse stomacale;

4° En médecine légale, l'examen de la salive donnera de précieux renseignements en cas d'empoisonnement par la morphine. (*Centralblatt für Klin. med.*, n° 1, 1893.)

Perforation du diaphragme; pénétration de l'estomac et d'anses intestinales dans la plèvre. — M. Abel communique, à la Société médicale de Berlin, le cas d'une femme de 33 ans qui, le 16 janvier dernier, fut prise brusquement de vomissements incoercibles et de violentes douleurs épigastriques. Le lendemain, cette malade prit de l'huile de ricin, mais elle n'eut aucune garde-robe. M. Abel, appelé auprès d'elle, constata que l'abdomen n'était pas ballonné, que le pouls et la température étaient normaux, mais que l'épigastre était extrêmement douloureux à la pression. Cependant l'état s'aggravait, les vomissements continuaient et le pouls devenait petit. De plus, dans toute la région thoracique gauche, il existait un tympanisme remarquable et le cœur battait sur la ligne mamelonnaire droite.

M. Abel pensa alors qu'il s'agissait d'une hernie diaphragmatique amenant une occlusion intestinale, et, le 22 janvier, l'état s'aggravant de plus en plus, il fit une inci-

sion abdominale parallèle au rebord costal. Après avoir reconnu le bord du foie, il put introduire sa main dans la plèvre par une vaste perforation du diaphragme, et il ramena de là l'estomac, des anses intestinales et l'épiploon qui s'y étaient engagés. La malade succomba peu de temps après cette intervention, et, à l'autopsie, on put examiner la perforation du diaphragme à travers laquelle l'estomac, l'épiploon et le côlon avaient fait irruption dans la cavité pleurale.

M. Guttmann pense que cette perforation était d'origine congénitale; il en a récemment rapporté un cas semblable.

Auscultation du corps thyroïde dans le goitre exophtalmique. — M. Guttmann présente à la Société de médecine interne de Berlin deux malades chez lesquels on perçoit, à l'auscultation du corps thyroïde, des signes qui ont une réelle valeur diagnostique. Dans la maladie de Basedow, en effet, on entend au niveau du thyroïde un souffle artériel isochrone à la systole cardiaque et s'accompagnant souvent d'un frémissement constatable à la main. Ce souffle existe alors même que les bruits du cœur sont normaux; il se produit donc au niveau du corps thyroïde.

L'hypertrophie du cœur, qui existe toujours à un degré variable dans le goitre exophtalmique, et qui porte principalement sur le ventricule gauche, peut donner lieu à des souffles carotidiens même en l'absence de tout souffle cardiaque; mais le souffle thyroïdien peut aussi s'expliquer par la dilatation irrégulière des artères thyroïdiennes.

M. Guttmann insiste sur la valeur de ce signe que l'on ne retrouve pas dans les autres goitres; il faut le rechercher avec soin, car il peut permettre, quand on le constate dans des cas douteux, de porter le diagnostic de goitre exophtalmique.

Syphilis palpébrale. — M. Silex communique un fait de syphilis des paupières. On sait que c'est là une détermination rare de l'affection; le chancre est l'accident le plus fréquemment observé; il peut aussi se produire une conjonctive spécifique, qui est précoce; enfin, on a signalé des gommes palpébrales.

Le malade de M. Silex a eu son chancre au mois de mai de l'année dernière. Après des accidents cérébraux assez graves qui survinrent au mois de septembre, et qui furent énergiquement combattus au moyen de frictions mercurielles, il remarqua, au mois de janvier dernier, que, sur sa paupière supérieure gauche, un bouton dur se produisait, absolument indolore; bientôt l'acuité visuelle diminua et le malade revint à l'hôpital.

On constata à ce moment qu'il ne présentait aucune manifestation syphilitique cutanée; il avait de la parésie de la branche inférieure du facial droit et de la parésie des membres gauches; pas d'altérations de la sensibilité, La paupière supérieure gauche était gonflée et rouge; sur sa face oculaire, on voyait une ulcération grisâtre, à bords déchiquetés; à côté de cette ulcération, il y avait deux nodules jaunâtres. La cornée présentait une perte de substance très étendue.

Les antécédents du malade permettent d'affirmer qu'il s'agit là d'une lésion syphilitique et que le pronostic est bénin comme dans tous les cas de ce genre où la guérison s'obtient aisément, quelquefois, cependant, au prix de quelques bandes cicatricielles. (Soc. méd. de Berlin.)

Le bleu de méthylène dans l'impaludisme. — M. Senator présente quelques objections aux conclusions de la communication qu'a faite M. Guttmann dans une précédente séance sur le traitement de l'impadulisme par le bleu de méthylène. M. Senator a plusieurs fois essayé le bleu de méthylène sans en retirer tous les avantages annoncés par M. Guttmann; la valeur thérapeutique de cette substance ne lui semble pas comparable à celle de la quinine; de plus, dans les formes malignes de l'impalutisme, comme

on en voit en Afrique, et dans lesquelles la quinine se montre inefficace, le bleu de méthylène n'aura certainement aucune action.

M. Strassmann, qui a employé le bleu de méthylène dans quelques cas de fièvre puerpérale, n'en a retiré aucun bon résultat : on peut, au contraire, l'accuser de produire de la céphalalgie, du malaise, des vomissements.

M. Guttmann répond à M. Senator que l'on ne sait pas encore, en effet, quelle est l'action du bleu de méthylène dans les formes graves des pays tropicaux. Mais cela n'enlève à cette substance rien de sa valeur thérapeutique ; elle réussit très bien contre les fièvres européennes, les observations de son efficacité se multiplient de tous côtés. Un médecin russe a traité de cette façon 35 cas graves, un seul n'était pas guéri au bout de sept jours et, dans ce cas, la quinine s'est également montrée impuissante. D'autre part, des cas que la quinine n'avait pas guéris ont cédé au bleu de méthylène. Les récidives ne sont pas plus fréquentes avec ce dernier médicament.

Quant aux inconvénients qu'on lui reproche, ils sont ordinairement bien légers, puisqu'on a pu, sans avoir rien à regretter, doubler et même tripler la dose journalière de 0 gr. 50 que conseille M. Guttmann. *(Soc. méd. de Berlin.)*

BIBLIOTHÈQUE

Le nicotinisme. — Etude de psychologie, par le docteur Emile Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris.

Cet ouvrage renferme à peu près tout ce qui a été écrit sur le tabac, ses effets et ses méfaits. Ecrit sous l'inspiration de la Société contre l'abus du tabac, qui a récompensé deux fois l'auteur, précédé d'une préface du président de la Société, M. Decroix, il n'est pas absolument impartial, malgré les efforts que l'auteur a faits pour ne pas tomber dans l'exagération. Du reste, ainsi qu'il le déclare lui-même, il n'a jamais été fumeur et n'a jamais pu comprendre l'attrait que le tabac peut avoir et les jouissances qu'il peut procurer. Dans ces conditions, une étude ne peut être qu'un réquisitoire, et il faut encore savoir gré à l'auteur de ne pas avoir trop assombri le tableau. Son livre est original et renferme beaucoup d'observations intéressantes. Il ne peut qu'être utile en éclairant la jeunesse sur les inconvénients très réels qu'entraîne l'usage du tabac.

COURRIER

Exposition internationale de médecine et d'hygiène. — A l'occasion du prochain Congrès de médecine et d'hygiène de Rome au mois de septembre prochain, il y aura une Exposition internationale de médecine et d'hygiène, avec des classes spéciales pour la croix rouge, la balnéologie et l'hydrologie, etc...

La ville de Rome a destiné à cet effet le palais des Beaux-Arts, placé à peu de distance du siège du Congrès médical.

L'Exposition sera ouverte du 15 septembre au 15 octobre et pourra être prorogée.

Elle comprendra les classes ci-dessous :

1° Appareils, matériaux et plans d'édifices pour recherches scientifiques et techniques de biologie, de thérapie et d'hygiène.

2° Appareils, instruments et matériaux de subside thérapeutique dans les diverses branches de la médecine.

3° Service et matériel d'assistance publique et de sauvetage.

4° Plans, modèles et matériel intéressant l'amélioration du sol et l'assainissement des villes.

5° Plans, appareils et matériel pour le service hygiénique des villes.

6° Plans, modèles et matériaux de constructions hygiéniques.

7° Appareils et matériel pour le service hygiénique dans l'intérieur des habitations et des édifices publics et collectifs.

8° Matériel, appareils et objets divers pour l'hygiène individuelle.

9° Plans, modèles, appareils et institutions pour l'hygiène de l'ouvrier.

10° Livres, photographies, atlas, lithographies, etc., de publication récente, ayant trait aux sciences médicales, à la biologie, à l'hygiène.

Classe spéciale d'hydrologie et balnéothérapie.

Classe spéciale de la *Croix Rouge italienne.*

— Le jury du concours des chirurgiens au Bureau central est composé de M. Delens, Jalaguier, Le Dentu, Marchand, Nélaton, Pengrueber et Tenneson.

— On nous écrit de Lorient que l'épidémie de choléra qui paraissait éteinte vient de faire sa réapparition. Depuis deux mois environ on n'avait pas constaté un seul cas, et, à l'heure qu'il est, plusieurs personnes ont été atteintes. C'est surtout dans la banlieue que se manifeste l'infection cholérique.

— Par décret, en date du 18 mars 1893, M. Monod, directeur de l'Assistancc et de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur, est nommé conseiller d'Etat en service extraordinaire.

Nécrologie. — MM. les docteurs Bardol (de Saint-Chely-d'Apcher) et Arnold, médecin-major de 2e classe à Guelma (Algérie).

— On sait que le Congrès français de chirurgie tiendra sa première séance le lundi 3 avril. Son président, le professeur Lannelongue, donnera une réception le soir de la séance d'ouverture.

Laboratoire de tératologie. — M. le professeur Dareste commencera son cours d'embryogénie normale le mardi 11 avril (monument du Musée Dupuytren).

— Le ministre de l'instruction publique ayant décidé que les écoles publiques seraient fermées le jour des obsèques de M. Jules Ferry, les cours de la Faculté de médecine n'ont pas eu lieu mercredi.

— L'Académie des sciences a, dans sa séance de lundi, élu correspondant étranger l'éminent chimiste anglais H. Roscœ dont on connaît les travaux sur le vanadium.

— La municipalité du Havre organise une Exposition internationale d'hygiène qui aura surtout pour but de mettre en lumière les moyens les plus propres à préserver les grandes villes des épidémies, comme le choléra ou la fièvre typhoïde.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

La presse médicale s'est émue de la perspective peu réjouissante de voir s'élever encore le taux de la patente infligée aux médecins. Cette augmentation votée par la Chambre des députés a été, comme on le sait, rejetée par la commission des finances du Sénat; mais il est à craindre que ce ne soit que partie remise, que la Chambre ne persiste dans ses intentions, et, quand il s'agit de lois de finances, c'est à elle qu'appartient le dernier mot.

Cette fois, elle a été mal inspirée. L'impôt qui assimile les professions libérales aux professions mercantiles est odieux par lui-même; il est inique quand il s'adresse aux médecins qui se font partout un honneur de venir en aide aux malheureux et de soigner gratuitement les pauvres; il est antidémocratique, parce qu'il est évident que ce sont, en somme, les malades qui le payeront. Déjà, le nombre des médecins décroît en France dans de regrettables proportions. Il a diminué d'un quart depuis vingt-cinq ans. On en voit de moins en moins dans les campagnes et, dans les pays pauvres, les paysans ne sont pas soignés. En attendant que la loi sur l'assistance médicale gratuite, qui est pendante devant les Chambres, puisse remédier à ce mal sérieux, il s'écoulera bien du temps et le désintéressement des médecins n'est pas près de devenir inutile. C'est donc une injustice et une maladresse, tout à la fois, que d'imposer une nouvelle charge à une profession qui en a déjà tant.

Le projet de loi voté par la Chambre, en préoccupant le corps médical, a ravivé certaines questions brûlantes qui s'agitent de temps en temps. Celle qui concerne l'exercice de la clientèle civile par les médecins militaires est de ce nombre. De temps en temps, elle est soulevée dans les Sociétés médicales. Elle y donne lieu à des discussions bien stériles, car ce sujet n'est pas de leur compétence. Les médecins de l'armée et de la marine ont le droit d'exercer au même titre que leurs confrères de l'ordre civil, attendu qu'ils ont fait les mêmes études, qu'ils ont les mêmes diplômes et qu'ils offrent, par conséquent, les mêmes garanties.

Les médecins civils ne sont pas plus fondés dans leurs réclamations qu'ils ne le seraient s'ils voulaient interdire le droit d'exercer aux professeurs des Facultés, aux médecins des asiles d'aliénés, des prisons, etc., sous prétexte qu'ils reçoivent un traitement de l'Etat. La seule chose que puissent exiger ces confrères, c'est que le fisc inflige la patente à leurs rivaux. C'est une satisfaction légitime et qu'ils ne manquent pas de se donner.

Les ministres de la guerre et de la marine seuls ont autorité sur les médecins de leurs départements respectifs et peuvent leur tracer une ligne de conduite. Aussi, les intéressés s'adressent maintenant à eux. Récemment encore, l'*Union des syndicats médicaux* de France est intervenue près du ministère de la guerre, et le Directeur du service de santé de ce département a fait entrevoir une solution de nature à concilier tous les intérêts. Cette réponse n'est pas compromettante, mais elle ne pouvait pas être plus explicite. La question est délicate même pour le ministre. Tout récemment, le professeur Lacassagne (de Lyon) a fait sur ce sujet une enquête près des médecins de la plupart des pays de l'Europe.

La *Semaine médicale* en a rendu compte (1). Il résulte de ces informations que, dans la plupart des armées européennes, les médecins peuvent se livrer à la clientèle civile sans être inquiétés. En Italie, elle est même encouragée, et, presque partout, l'harmonie règne entre les praticiens de l'un et de l'autre ordre. En Allemagne, les médecins militaires sont même autorisés à accepter des situations qui nous paraîtraient, en France, peu compatibles avec leur position, telles que celle de médecin d'une Compagnie d'assurance ou d'une Société de secours. Il leur faut, pour cela, une autorisation du médecin directeur de leur corps d'armée; mais elle leur est rarement refusée. Les médecins civils allemands ont maintes fois réclamé contre cette prérogative, mais l'autorité militaire n'a tenu aucun compte de ces plaintes, parce que le droit d'avoir une clientèle privée est nettement établi par l'article 29 du règlement sur l'organisation du corps de santé militaire.

En France, ce droit n'est consacré par aucune ordonnance. L'exercice de la clientèle est toléré, mais les ministres ont eu plus d'une fois la pensée de l'interdire ou tout au moins de le restreindre. Ils ont toujours été arrêtés par la difficulté de l'exécution. En effet, les règlements font une obligation aux médecins des régiments de donner leurs soins aux familles des militaires qui en font partie. Ils sont tenus de soigner les femmes et les enfants des officiers. C'est bien là de la clientèle civile et le médecin ne sait plus où s'arrêter. Peut-il refuser un conseil à une parente de l'officier chez lequel il se rend tous les jours? Refusera-t-il d'examiner un ami qu'il rencontrera dans ses visites? Le ministre de la guerre n'a, du reste, aucun intérêt à empêcher les médecins de se livrer à une pratique qui accroît leur expérience et dont les soldats profitent, par conséquent.

Dans la marine, cette restriction serait plus difficile encore. La population des ports constitue une grande famille de marins dans laquelle tout le monde se connaît et qui accorde plus volontiers sa confiance aux médecins appartenant au corps officiel; il est tout naturel que les officiers de vaisseaux appellent près des leurs les hommes qu'ils ont vu à l'œuvre, dont ils ont pu apprécier la capacité et le dévouement dans le cours de leurs navigations communes. De proche en proche, la clientèle de ces derniers s'étend souvent plus qu'ils ne le désireraient. Lorsqu'ils sont appelés en consultation par leurs confrères de l'ordre civil et à la demande des familles, peuvent-ils refuser de s'y rendre? Ils pourraient, sans doute re-

(1) De la pratique civile des médecins militaires des principales arméees européennes. (*Semaine médicale*, numéro du 22 mars 1893.)

noncer aux honoraires; mais alors la concurrence deviendrait bien plus dangereuse, lorsqu'au prestige de leurs grades et de leurs décorations ils joindraient l'avantage inappréciable de ne pas se faire payer. Cela se produit quelquefois, et ce sont alors les confrères de l'ordre civil qui les prient de renoncer à cette gratuité irrésistible.

Il est donc bien difficile aux ministres de l'armée et de la marine d'intervenir par des décisions absolues, par des mesures vexantes. En réalité, voilà ce qui se passe. Les chefs de corps tolèrent la clientèle des médecins militaires tant qu'elle se renferme dans des limites convenabels; lorsque ces derniers se laissent absorber par elle, quand leur désintéressement laisse à désirer, lorsqu'il leur arrive des mésaventures, ils subissent alors des réprimandes; ils s'exposent à de mauvaises notes qui figureront à leur dossier et dont leur avancement se ressentira. Enfin, lorsque cela ne suffit pas, le ministre les déplace et tout est dit. Alors, de deux choses l'une : ou le médecin qui est l'objet de cette mesure est assez avancé dans sa carrière pour la sacrifier à sa clientèle et il prend sa retraite, ou bien il se résigne, se rend à sa destination et évite dans son nouveau poste de donner lieu aux mêmes plaintes dans la crainte de subir un nouveau déplacement. Cette manière de résoudre la question nous paraît la plus juste et la meilleure.

Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. De leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée à l'arthrectomie précoce et répétée (curettages et résections atypiques) surtout chez l'enfant.

Par M. le docteur Mauclaire, ancien interne médaille d'or des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Avant d'entrer pleinement dans notre sujet, disons quelques mots sur le rôle du système lymphatique comme porte d'entrée, voie de propagation et lieu de destruction du virus tuberculeux. Les portes d'entrée pour le bacille tuberculeux dans l'organisme sont les suivantes : 1° la peau; 2° les voies digestives; 3° les voies respiratoires; 4° les voies génito-urinaires; 5° la voie placentaire. Une fois entré, le bacille tuberculeux se propage, suivant Weigert : 1° mécaniquement, par la toux, l'aspiration, la déglutition; 2° par contiguïté du foyer primitif à son voisinage immédiat; 3° par les vaisseaux lymphatiques; 4° par les vaisseaux sanguins.

C'est surtout le rôle du système lymphatique, et comme porte d'entrée et comme voie de propagation que je veux envisager, d'après les idées théoriques de Broussais et de Bouillaud; d'après les faits anatomiques d'Andral, Craswell-Forster, Bazin, Klebs, Hérard, Cornil; d'après les faits cliniques de Lannelongue, Le Dentu, Lépine, Parrot Virchow, Rindfleich, Charcot, Guéneau de Mussy, Barély, etc.; d'après les faits expérimentaux de Villemin, Chauveau, Arloing, Cornil et Babès.

Dans le cas de tuberculose cutanée, l'affection se propage évidemment par les voies lymphatiques; le chancre tuberculeux et la lymphangite tuberculeuse cutanée concomitante ont été bien décrits par Merklen, Karg, Verneuil, Lefèvre, Leser, Tscherming, Martin du Magny, Verchère, Hallopeau, Goupil, Lejars, etc. Au point de vue expérimental, le chancre tuberculeux et la lymphangite tuberculeuse cutanée concomitante avaient été déjà signalés par Villemin et Colin depuis longtemps, et plus récemment par Arloing.

Au niveau de l'intestin, la lymphangite tuberculeuse a été étudiée par Andral, Cruveilhier, Cornil, Virchow, Girode, etc. Au niveau de l'appareil respiratoire cette étude, bien connue actuellement, a été faite par Hérard, Cornil, Lépine, Parrot, Gueneau de Mussy, Rilliet, Barthes, Weigert, Biedert, Barety, etc.

Tout récemment, MM. Legroux, Grancher, Mirinescu, Pascal ont étudié la micro-polyadénopathie considérée comme indice de tuberculose profonde chez les enfants. Les recherches de Pizzini, Babès et de Wolff ont montré l'existence de la tuberculose latente ganglionnaire chez les individus qui paraissent les plus sains.

De tous ces travaux, il faut donc conclure que le système lymphatique est souvent envahi par le bacille tuberculeux. De plus, si on tient compte des recherches récentes sur la structure de la moelle osseuse, qu'il faut considérer comme un organe moitié lymphatique, moitié sanguin, il faut, suivant nous, *considérer la tuberculose articulaire et osseuse comme une localisation de la tuberculose dans le vaste système lymphatique.* N'est-il pas fréquent, d'ailleurs, de voir, en clinique, une tuberculose ostéo-articulaire, et loin d'elle un grand nombre d'adénites tuberculeuses ?

Mais, dans ce même système lymphatique existent des éléments destructeurs du bacille tuberculeux : ce sont les leucocytes, et tout récemment, dans des recherches bien intéressantes sur la tuberculose ostéo-articulaire expérimentale, Pawlowsky a bien mis en relief cette phagocytose.

Disons, en terminant, qu'il ne faut pas être exclusif, car les travaux de Kiener, Max Schuller, Baumgarten, Arndt, Durand-Fardel, de Souza, Weigert et Lannelongue montrent que la voie sanguine sert aussi de propagation au bacille tuberculeux, surtout dans le cas de tuberculose congénitale et de granulie, mais son importance est moindre que celle du système lymphatique.

Après ce court aperçu de pathologie générale chirurgicale, reprenons un peu l'historique des ostéo-arthrites tuberculeuses pour bien attribuer à chacun ce qui lui appartient. Dans une première période, ou *période progressive* qui s'étend depuis Hippocrate jusqu'à Bonnet, il faut citer tous les auteurs qui ont étudié les tumeurs blanches, et je réclame beaucoup pour Lisfranc dont j'ai cité textuellement ailleurs plusieurs passages ; le célèbre chirurgien de la Pitié, en effet, découvrit un des premiers, sinon le premier, des granulations tuberculeuses dans certaines tumeurs blanches. Dans une deuxième période (*période de recul,* 1845-1870), l'existence des ostéo-arthrites tuberculeuses devint douteuse, car, avec Virchow, la granulation seule caractérise une lésion tuberculeuse, et comme la granulie articulaire est une forme assez rare, l'étude de la tuberculose articulaire resta stationnaire.

En 1870, commence la *période de réaction et de retour aux idées anciennes.* Avec les travaux de Kœster, Cornil, Max Schuller, Lannelongue, Volkmann, Brissaud, Kiener, Poulet, Kœnig, etc., etc., la nature tuberculeuse de certaines tumeurs blanches fut dès lors bien établie.

Enfin, dans une quatrième période (*période expérimentale et microbienne*) la nature infectieuse et microbienne des ostéo-arthrites tuberculeuses fut démontrée expérimentalement par Villemin, Max Schuller, Kiener, Lannelongue, et microbiologiquement par Koch, Babès, Cornil, Garré et tout récemment Pawlowsky.

Si on envisage, dans leur ensemble, les descriptions qui ont été données des ostéo-arthrites tuberculeuses, il faut reconnaître que, à côté de la forme typique, il y a des formes atypiques pour ainsi dire et qu'il faut bien connaître à cause de la thérapeutique. Aussi il faut étudier successivement les *formes anatomo-pathologiques*, les *formes microbiennes* et les *formes cliniques.*

Au point de vue *anatomo-pathologique*, je rappellerai seulement tout d'abord la

forme normale typique avec les lésions de la peau, des téguments, des synoviales, des cartilages, du périoste, des muscles, des vaisseaux, des nerfs, etc. Mais ce qui est intéressant, dans l'étude des lésions osseuses, c'est qu'il faut bien distinguer les casoù il y a une infiltration totale de l'épiphyse et ceux où il n'y a qu'une lésion partielle, soit centrale, soit périphérique; cela est important pour les indications de l'arthrectomie, comme nous le verrons plus loin. La forme normale typique peut aboutir à la suppuration; celle-ci est due, soit au bacille tuberculeux lui-même, soit à des microbes pyogènes sur-ajoutés d'après les remarquables recherches de Pawlowsky et de Babès sur les infections mixtes articulaires. Cette suppuration aggrave de beaucoup le pronostic.

Mais, qu'il y ait suppuration ou non, la guérison anatomique peut survenir; parfois elle n'est qu'apparente, ou bien, si elle est réelle, l'articulation peut se réinfecter. Ces tubercules ou cavernes de guérison sont rares, car,sur 1600 épiphyses sectionnées,sur des cadavres de l'Ecole pratique; je n'ai trouvé qu'une seule fois une caverne de guérison. D'autre part, pour expliquer la localisation fréquente de la tuberculose dans une épiphyse articulaire, il faut, avec le professeur Lannelongue, reconnaître que c'est l'épiphyse qui a le plus de pression à supporter et la plus mobile, qui est le plus souvent lésée.

A côté de cette forme normale typique, il y a des formes anormales; ce sont : la forme sèche, déjà décrite par Chassaignac et dont la description a été reprise par Volkmann; la forme intra-articulaire et partielle; la forme extra-articulaire, la forme pseudo-sarcomateuse (caries carnosa de Kœnig) et enfin les formes synoviales (miliaire, ulcéro-caséeuse, fibreuse) qni parfois peuvent contenir des pseudo-granulations tuberculeuses (Casaubon).

Au point de vue pratique, il faut donc admettre la classification chirurgicale suivante : I. Formes intra-articulaires comprenant : 1° l'épiphysite tuberculeuse totale; 2° l'épiphysite totale partielle centrale ou périphérique; 3° les synovites tuberculeuses.— II. Formes péri-articulaires à point de départ périostique ou osseux juxta-épiphysaire ou dans les parties molles. Quant aux formes synoviales pures, que l'on doit classer dans les formes intra-articulaires, elles sont soit miliaires, soit ulcéro-caséuses, soit fibreuses. Ces différentes formes anatomo-pathologiques sont importantes à distinguer pour la thérapeutique.

Les recherches bactériologiques et cliniques récentes nécessitent un essai sur les *formes microbiennes*. C'est qu'en effet, on sait maintenant qu'il y a des degrés dans la virulence des microbes et que c'est par ces différences de virulence qu'il faut expliquer la marche variable de l'affection. Arloing, en effet, par ses expériences, considère les lésions scrofuleuses comme des lésions tuberculeuses atténuées. Quand, dans une articulation, outre le bacille tuberculeux, existent d'autres microbes pyogènes surajoutés, la suppuration apparaît vite et le pronostic de l'affection s'aggrave; aussi faut-il avec le professeur Lannelongue distinguer les ostéo-arthrites tuberculeuses en : 1° ostéo-arthrites tuberculeuses non suppurées et non ouvertes; 2° ostéo-arthrites tuberculeuses suppurées et non ouvertes; 3° ostéo-arthrites tuberculeuses suppurées et fistuleuses. Existe-t-il enfin des pseudo tuberculoses articulaires comme il existe des pseudo-tuberculoses pulmonaires ? Au point de vue clinique, on serait tenté de le croire (Ollier, Durante). Aussi, nous proposons la classification microbienne suivante des ostéo-arthrites tuberculeuses : 1° forme à infection unique par le bacille tuberculeux avec tous ses degrés de virulence et tous les degrés de résistance de l'organisme; 2° forme à infection mixte (Pawlowsky). Cette classification est importante parce qu'elle explique les variétés tirées de la marche, de la durée, de la terminaison ou des complications de l'affection.

L'étude des *formes cliniques* n'est pas moins intéressante. Au point de vue clinique, faut envisager les ostéo-arthrites tuberculeuses congénitales, puis les ostéo-arthrites

tuberculeuses ou tuberculoses externes à foyers multiples de la deuxième enfance avec absence de lésions viscérales concomittantes. Cette forme présente une bénignité relative. Chez l'enfant, souvent l'on trouve ce que l'on peut appeler la *forme adéno-osseuse* indiquant l'envahissement par le bacille de tout le système lymphatique.

Chez le vieillard, les ostéo-arthrites tuberculeuses ne sont pas fréquentes et quand elles existent elles ont une marche lente et une bénignité relative. Les états constitutionnels ou diathèses ont leur influence sur la marche des ostéo-arthrites tuberculeuses, car celles-ci ont une tendance chez les arthritiques à passer à l'état fibreux, c'est-à-dire à guérir, comme au poumon, d'ailleurs.

Etudiées au point de vue d'un symptôme clinique prédominant, il faut distinguer la forme névralgique, l'indolente, la torpide ou latente, la pseudo-hydarthrosique, la pseudo-rhumatismale, la pseudo-syphilitique, la pseudo-sarcomateuse, la pseudo-ostéomyélitique, la pseudo-hémartrosique, et enfin la pseudo-parasitaire ou hydatiforme, et j'ai rapporté dans ma thèse (1) des observations topiques de ces pseudo-ostéo-arthrites tuberculeuses où le diagnostic a été hésitant. Quant aux variétés cliniques déduites d'après la marche, la durée, la terminaison et le pronostic, elles se déduisent des formes anatomo-pathologiques et des formes microbiennes.

Passons maintenant au côté thérapeutique de la question, et étudions la méthode sclérogène appliquée au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses, c'est-à-dire la méthode du professeur Lannelongue.

Je rappelle seulement pour mémoire la technique générale et les expériences faites par MM. Lannelongue et Achard. Au point de vue des indications, la méthode sclérogène doit être employée dans toutes les différentes formes anatomo-pathologiques, et surtout elle doit être combinée à l'arthrectomie précoce et répétée sur laquelle je reviendrai plus loin plus complètement. Les cas qui ne sont pas justiciables de la méthode sclérogène ce sont les cas jugés amputables. Les injections de chlorure de zinc au 1/10 seront faites à la péripherie des fongosités et sur toute la ligne d'insertion osseuse de la synoviale Comme elles sont douloureuses chez l'enfant, il faudra avoir recours à l'anesthésie chloroformique.

Il faut s'attacher aux soins consécutifs, c'est-à-dire à l'immobilisation, l'électrisation, le massage et une nouvelle séance d'injection et d'arthrectomie sera faite, si cela est nécessaire. Quant aux accidents immédiats, les escharres, elles sont faciles à éviter et à traiter. Les résultats immédiats de cette méthode, sont : la diminution des douleurs articulaires et la disparition rapide des fongosités; quant aux résultats éloignés, il faut noter le retour complet des mouvements dans nombre de cas, comme le montre la statistique. de 136 cas que j'ai pu réunir.

Il importe maintenant d'étudier à fond la question de l'*arthrectomie* appliquée au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. Il faut définir et délimiter tout d'abord le sujet et éliminer les dénominations de synovectomie, d'ostéo-arthrectomie, etc., et, pour nous, l'arthrectomie doit, ici, comprendre plusieurs degrés, qui sont : 1° le curettage articulaire et péri-articulaire; 2° la résection partielle ou atypique.

Au point de vue historique, l'arthrectomie, dans une première période, période ancienne, fut recommandée par Paul d'Egine et, au commencement de ce siècle, par Moreau. Dans la période contemporaine, il faut citer, en France, les noms de Augé, Létiévant, Poinsot, Lannelongue, Ollier, Bouilly, Bœkel, et les discussions, de 1888 et 1890, à la Société de chirurgie, avec Delorme, Richelot, Schwartz, Reclus, etc.

(1) Thèse de doctorat, Paris 1893, dont cet article n'est qu'un résumé très succinct.

En Allemagne, l'arthrectomie a été pratiquée par Schede, Volkmann, Hueter, Kœnig, Sendler, Israël, Wolff, etc. En Autriche, Albert et Billroth l'ont également pratiquée. En Angleterre, Lister, Watson, Pollard, Owen, Paker, Cousins, Clutton ont prôné l'arthrectomie; en Danemark, il faut citer Saxtorph; en Amérique, J.-L. Sayre; en Belgique, Winivarter; en Suisse, Julliard; en Italie, Mugnai; en Russie, Tilling.

Les indications de l'arthrectomie sont assez difficiles à poser; il faut tenir compte : 1° de l'âge du sujet, car elle est plus favorable chez l'enfant; 2° de la forme anatomo-pathologique, car elle donne d'excellents résultats dans les formes enkystées, soit centrales, soit périphériques, et dans les formes synoviales et péri-articulaires; 3° des formes microbiennes, car elle est inutile dans les formes envahissantes malignes qui nécessitent un traitement radical. En résumé, l'arthrectomie avec tous ses degrés (curettage ou résection atypique) est toujours indiquée, surtout quand elle peut être faite au début de la maladie, et cela chez l'enfant et chez l'adulte.

Comme contre-indications, il faut tenir compte de l'étendue trop grande des lésions, de l'état général quelquefois trop affaibli et ne pouvant pas supporter une opération dont les bons résultats sont assez longs à attendre. Enfin, il faut se méfier des malades qui présentent une fièvre persistante que l'état local et l'état viscéral n'expliquent pas. Ces malades sont en imminence de granulie et l'intervention pourrait être accusée d'avoir provoqué cette généralisation tuberculeuse. Dans certaines formes d'ostéo-arthrite tuberculeuse avec dégénérescence graisseuse de l'épiphyse, l'arthrectomie et même la résection totale échoueront. Dans certains cas, l'arthrectomie pourra être préliminaire, exploratrice ou hâtive, mais moins souvent que Annandale et Kœnig l'ont préconisé. Dans les formes d'abcès froid articulaire et dans les formes aiguës de la tuberculose articulaire, l'arthrectomie devra être pratiquée.

Le manuel opératoire doi être étudié avec soin. Dans quelques cas, on pourra, par une opération préliminaire asepsier des abcès indépendants de l'articulation et redresser le membre, le plus souvent par l'extension continue. En ce qui concerne l'opération par elle-même, les uns emploient, d'autres rejettent la bande d'Esmarch. Parmi les instruments, il faut tout un jeu des curettes de Volkmann et aussi la curette spatule à bords mousses du professeur Lannelongue pour les lésions péri-vasculaires. Quant à l'opération elle-même, elle est réglée, quoiqu'on en ait dit, et elle présente les quatre temps suivants : Le premier temps comprend l'incision des parties molles; il faut inciser suivant le trajet des fistules quand la lésion ostéoarticulaire est peu étendue, sinon il faut faire les incisions comme pour la résection totale et plusieurs procédés particuliers d'incisions ont été recommandés pour les principales articulations. Dans le deuxième temps, il faut faire le grattage des foyers tuberculeux osseux et articulaires et des parties molles péri-articulaires; ce deuxième temps est long et il doit être fait avec soin pour éviter la récidive. Le troisième temps comprend l'hémostase et le nettoyage avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. Le quatrième comprend la régularisation des surfaces osseuses saines restantes, en vue soit des mouvements, soit de l'ankylose.

Les soins consécutifs comprennent : l'immobilisation dans un appareil plâtré; il faudra bien surveiller la bonne position du membre à chaque pansement, commencer les mouvements de bonne heure, et, pendant les premiers temps de la maladie, consolider l'article par un appareil silicaté et éviter les entorses quand on recherche l'ankylose. Enfin, ce qui est très important, c'est que l'arthrectomie doit être répétée dès que les lésions après l'intervention n'évoluent plus vers la guérison, suivant la pratique du professeur Lannelongue et de M. Jalaguier à l'hôpital Trousseau.

Etudions, maintenant, les résultats immédiats et éloignés de l'arthrectomie. La guérison définitive s'observe souvent quand l'opération a été bien faite; quant aux réci-

dives, une deuxième opération en aura souvent raison. Après l'arthrectomie, la station et la marche sont excellentes, puisqu'il n'y a pas de raccourcissement et que *souvent les mouvements seront conservés même au genou*. C'est ce que démontre l'étude des résultats observés après l'arthrectomie des principales articulations et le résumé de 236 observations que j'ai pu recueillir avec détails.

La comparaison entre l'arthrectomie et les résections totales se déduit facilement de ce qui précède. L'arthrectomie évite le raccourcissement; *elle permet d'espérer le retour même complet des mouvements*. Par contre, la résection totale évite à coup sûr les récidives et donne une guérison opératoire plus rapide en général. C'est tout au plus si on peut reprocher à l'arthrectomie de diminuer les chances de succès de la résection totale consécutive, mais celle-ci donnera un raccourcissement et une ankylose qui, pour certains malades, sera une réelle infirmité. Dans la suite, plus on fera d'arthrectomie, moins on fera de résections totales (Bœckel), et les deux opérations, au fond, ne sont pas comparables, car l'une, l'arthrectomie, devrait toujours précéder l'autre, la résection totale. Le statistique nous montre en effet que, depuis 1886, c'est-à-dire depuis les résultats indiqués par M. Jalaguier dans sa thèse, les résultats de l'arthrectomie sont meilleurs; on la pratique plus tôt, on la fait avec plus de soin, ce qui diminue de beaucoup le nombre des récidives, enfin, comme toutes les opérations chirurgicales elle a beaucoup bénéficié des progrès de l'antiseptie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1893. — Présidence de M. Périer.

Traitement du spina bifida.

M. Monod rapporte l'observation d'un enfant en bas âge qu'il a opéré en enlevant la tumeur. Dans cette tumeur se trouvait un tronçon de moelle qu'il fut obligé de réséquer, et, à ce propos, il étudie les inconvénients que peut avoir cette section nerveuse. Il cite les 11 cas rapportés par Bellanger dans sa thèse, où pareille intervention n'amena aucun trouble, et rappelle que Braun et Laffitte avaient déjà constaté ce fait important. Dans la thèse citée plus haut, une observation curieuse montre, dans une autopsie, la dissection des deux sciatiques, qui purent être suivis jusqu'à leur sortie de la moelle, sortie qui se faisait plus haut que le spina bifida, ce qui permet d'expliquer l'innocuité de la résection nerveuse.

Dans son observation, le tronçon enlevé fut examiné. C'était bien un cordon nerveux bien constitué, mais sans aucun rapport avec la composition de la moelle.

N'y aurait-il pas, se demande M. Monod, à rapprocher la présence de ces troncs nerveux, en quelque sorte erratiques du spina bifida, de cette couche nerveuse particulière trouvée par M. Berger dans l'encéphalocèle, couche nerveuse qui n'est autre chose qu'un cérébrome? Si cela était, l'opération sanglante s'imposerait. Il ne faut pourtant pas perdre de vue qu'à côté de ces faits, il en existe d'autres où c'est bien la moelle elle-même qui sort du rachis pour y rentrer; que, par conséquent, elle doit être respectée, et que le seul moyen de ne pas la léser est de faire ce qu'on fait, c'est-à-dire de remplacer les injections aveugles par l'ouverture franche au bistouri.

A ceci, M. Berger répond qu'il ne faut pas trop s'enthousiasmer! que l'extirpation donne des succès opératoires incontestables; mais que les résultats ultérieurs sont souvent loin d'être aussi bons qu'on pourrait, *a priori*, le croire. Son jeune opéré était resté paraplégique, malgré l'intervention, et mourait un an après.

L'arrêt même de développement dont est frappé l'enfant est une des causes de sa faiblesse, de son peu de résistance, et, à ce propos, M. Berger cite l'observation suivante:

Il a opéré dernièrement un enfant de 4 à 5 mois porteur d'un spina bifida ombiliqué. Le cordon nerveux fut soigneusement disséqué, puis réduit. Une bonne suture périostique fut placée. Tout cela sans perte, pour ainsi dire, de sang; ce qui n'empêcha pas l'enfant de mourir rapidement, peut-être à cause du shock causé par la réduction médullaire.

Quant au rapprochement entre le spina bifida et l'encéphalocèle, en tant que formation de nouvelle substance nerveuse, M. Berger ne saurait dire si ces faits sont assimilables.

Ici se place une petite discussion entre M. Marc Sée et M. Picqué sur les phénomènes de compression médullaire ou cérébrale dans le cas de réduction du liquide céphalo-rachidien. M. Sée, qui a fait des expériences, attribue à ce liquide seul, rentrant dans les ventricules, la compression de la substance nerveuse, tandis que M. Picqué croit qu'il ne faut pas faire jouer le rôle principal au liquide découvert par Cotugno, mais bien au sang veineux qui se réduit en proportion considérable à cause des plexus nombreux qui entourent l'axe cérébro-spinal et les tumeurs qui en naissent.

La discussion se termine par l'intervention de M. Félizet, qui pense qu'il y a une grande distinction à établir entre le spina bifida de l'adulte et celui de l'enfant, et qu'il ne faut pas conclure de l'un à l'autre.

Les succès comme celui de M. Ricard peuvent s'obtenir chez l'adulte; chez l'enfant, ils sont très rares. Les nourrissons, en effet, atteints de cette terrible affection, meurent dans les premiers mois, dans la proportion de 50 p. 100, et entre 1 et 5 ans on n'en trouve plus qu'un vingtième de vivant. On voit que l'enfant qui a dépassé la cinquième année a fait preuve d'une vitalité remarquable. De plus, si on calcule le rapport du volume de la tumeur et de sa capacité à la capacité du canal crano-rachidien, on est frappé de voir que, au fur et à mesure que l'enfant grandit, son espace sous-arachnoïdien s'accroît; la tumeur restant immobile sa suppression aura certainement moins de retentissement, d'autant qu'à ce moment des modifications se sont passées dans la poche qui a pu s'enkyster et qui peut ne plus communiquer.

M. Félizet, lui aussi, a fait l'extirpation, et, cinq fois sur six, a obtenu un beau succès opératoire. Ces cinq opérés survivants sont cependant tous morts d'hydrocéphalie au quatrième ou au cinquième mois. Il faut donc bien se garder de conclure du succès opératoire au succès thérapeutique.

Pathogénie du tétanos

L'origine équine du tétanos n'est point admise par tout le monde, et M. Chauvel a contribué à le prouver en soulevant une discussion sur ce sujet à propos d'une curieuse observation due au docteur Fératon.

Il s'agit d'un soldat qui, en faisant du fourage, se fit une luxation de la phalangine sur la phalangette avec plaie, fut pansée antiseptiquement et cependant fut pris, au bout de dix jours, des symptômes du tétanos. M. Fératon pratiqua l'amputation du doigt, mit son opéré au chloral (10 grammes) et dans le repos le plus complet. L'amélioration fut notable; mais, quelques jours après, le trismus recommença; le chloral,

qui avait été diminué, fut repris à hautes doses, et, quarante jours après, la guérison était complète.

Des inoculations intéressantes furent pratiquées : avec la terre de l'écurie, elles tuèrent les cobayes par le tétanos; avec le pus du doigt amputé, même résultats; on trouva, du reste, dans ce pus, le bacille de Nicolaïer associé à du streptocoque et à du staphylocoque; enfin, avec les uriues du tétanique, il n'y eut pas le moindre symptôme tétanique. On sait que les urines des tétaniques ont été considérées comme susceptibles de reproduire la maladie. On trouva même dans la plaie un p etit gravier dont le grattage fut inoculé et qui détermina un tétanos intense.

L'origine, dans ce cas, n'est donc pas douteuse, et M. Chauvel s'occupera surtout du traitement.

M. Feraton attribue la guérison de son malade à l'amputation et poserait cette méthode de traitement comme devant être la règle. M. Chauvel n'est pas de son avis et pense que l'immobilité et le chloral ont agi efficacement. Ce qui le prouve, c'est la rechute coïncidant avec la diminution de la dose du médicament. Pourquoi même, M. Feraton a-t-il enlevé tout le doigt, quand la section dans la deuxième phalange eût été suffisante ? Vincent et Vaillard ont démontré que le bacille de Nicolaier restait sur place sans grande tendance et envahir les tissus. En somme, pour M. Chauvel, l'amputation d'un membre ne devra jamais être faite pour un cas de tétanos et l'exérese ne sera appliquée que lorsqu'il y aura très peu de délabrements à faire.

M. Delorme lui aussi, pense que puisque les injections de toxine ne réussissent pas, il faut revenir aux anciens traitements, mais ménager la conservation des tissus autant que possible, et, pour sa part, il ne sait pas pourquoi, quand l'amputation n'est pas indiquée, on ne curetterait pas la plaie et même on ne la cautériserait pas

M. Larger (de Maisons-Laffitte), profite de cette occasion pour rappeler qu'en 1885, avant qu'on ne considérât comme exactes les expériences de Nicolaïer et de Carl et Rattone, il avait inoculé un lapin avec le clou du fer d'un cheval mort de tétanos et que ce lapin avait succombé à la même affection. Ce fut le point de départ d'un travail lu à la Société à la même époque dans lequel il écrivait : « que le tétanos était épidémique, qu'on le rencontrait surtout dans les écuries et dans les villages, qu'il était contagieux et avait son origine dans le sol. »

Loin de lui de croire à la théorie équine, le cheval a une plus grande susceptibilité que les autres animaux pour le tétanos et voilà tout, comme le mouton, du reste ; et si le cheval était susceptible de créer cette maladie, tous les cochers de la Capitale l'auraient, on peut même dire, tous les habitants, car les déjections de cet animal remplissent l'atmosphère de Paris. C'est enfin une erreur de croire que cette affection se rencontre plutôt dans la cavalerie que dans l'infanterie.

C'est bien l'avis de M. Terrier qui a fait une enquête sérieuse sur ce point. Il a habité, pour sa part, quatre ans une école vétérinaire et n'a jamais vu un cas de tétanos humain. Il a écrit aux directeurs des grandes écoles vétérinaires de France et les réponses venant de M. Nocard (Alfort), de M. Chauveau (Lyon), de Toulouse et même de Bruxelles, ont toujours été les mêmes : « Il n'y a jamais un cas de tétanos dans le personnel. » En Amérique, il a fait les mêmes questions, la négation a toujours été le résultat de son enquête, et M. Delorme rappelle qu'à Lunéville, garnison de 4,000 cavaliers avec une population maraîchère de plus de 6,000 individus, le médecin le plus en vogue dans le pays lui a dit avoir eu connaissance d'un seul cas de tetanos depuis vingt-deux ans et c'était un jardinier.

Eugène Rochard.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE, par le professeur Ph.-C. SAPPEY. L. Battaille et Cie éditeurs. Paris, 1893.

M. Sappey vient de faire paraître la première partie de son *Traité d'anatomie générale* Cet ouvrage, établi sur une méthode nouvelle, la méthode des dissociations, est certainement destiné à ouvrir une voie jusqu'alors inconnue dans l'étude des systèmes des tissus et des éléments.

Dans la première partie, l'auteur, avec la précision et la clarté qui lui sont habituelles, étudie successivement les cellules considérées dans les deux règnes : Les systèmes conjonctif, fibreux, élastique, adipeux, cartilagineux, fibro-cartilagineux, osseux, puis tout l'appareil de la circulation, les systèmes artériels, veineux, capillaires, lymphatiques enfin, les éléments figurés du sang et l'appareil vasculaire des végétaux. De nombreuses et fort belles figures originales facilitent encore l'intelligence du texte.

L'ouvrage sera complété, au mois de mai prochain, par une seconde partie qu'on pourra retirer gratuitement en présentant le bon annexé dans la partie déjà mise en vente.

ANATOMISCHE PHYSIOLOGISCHE UND PHYSIKALISCHE DATEN UND TABELLEN, par le professeur VIERORDT (2e édit., 1893). — Iéna, Gustav Fischer, éditeur.

Voici un livre peu connu chez nous, et qu'il est bon de signaler à l'attention des médecins praticiens qui auraient besoin de temps à autre de se remémorer les chiffres principaux qu'ils doivent connaître. Le lecteur y trouvera consignés le poids, le volume, les dimensions de tous les organes chez l'adulte et chez le fœtus, les valeurs quantitatives concernant la physiologie du sang, de la respiration, des sécrétions, des échanges nutritifs, etc., etc. Suivent ensuite tous les chiffres relatifs à la thermométrie, à l'air atmosphérique, aux poids spécifiques, aux points de fusion et d'ébullition, à la résistance électrique, etc. Dans un appendice, Vierordt présente des notions de même ordre sur la température des boissons et des aliments, sur la période d'incubation des maladies infectieuses, sur les doses maxima de chaque médicament, etc., etc.

Il va sans dire que le livre écrit par Vierordt n'est pas destiné à être lu de la première à la dernière page. C'est un ouvrage de renseignements. Il faut savoir grand gré à l'auteur de la patience et de l'ardeur qu'il a mises à écrire un livre aussi aride. — Dr R.

COURRIER

On nous apprend qu'un projet a été déposé par M. Peyron au conseil de surveillance de l'Assistance publique. Ce projet tendrait, nous dit-on, à modifier le règlement actuel du service de santé, en ce qui touche le *Bureau central* et les *consultations gratuites dans les hôpitaux.*

Le vieux Bureau central serait supprimé et les consultations de tous les hôpitaux seraient confiées aux médecins et aux chirurgiens non placés. Ils assureraient les *consul-*

tations de tous les hôpitaux, et, pour cela, recevraient le supplément de traitement alloué à tout médecin qui fait un service dans un hôpital. A chaque consultation serait adjoint un ou plusieurs docteurs nommés par les médecins et chirurgiens réunis de chaque hôpital, nomination qui serait ratifiée par le directeur de l'Assistance publique. Le médecin ou le chirurgien adjoint toucherait à chaque suppléance un jeton de présence de 5 francs.

Tel est, dit-on, dans ses lignes les plus générales, le projet qui aurait été remis aux membres du conseil de surveillance.

— Le choléra semble faire sa réapparition dans la banlieue. Deux cas ont été observés à l'hôpital d'Aubervilliers. Les malades venaient, l'un de Nanterre, l'autre de Montreuil.

Banquet de l'internat. — Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu, le samedi 8 avril prochain, à sept heures et demie précises, au restaurant Marguery (boulevard Bonne-Nouvelle, près le théâtre du Gymnase), sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice), peut-être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou adressé directement au docteur Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe, au 21. — *Cherbourg* : MM. 1. Negretti; 2. Deblenne; 3. Fras; 5. Brannellec; 5. Nollet. — *Brest* : MM. 1. Guézennec; 2. Dubut; 3. F. Kergrohen; 4. Laugier; 5. Vergos; 6. Négadelle. — *Lorient* : MM. 1. Durand; 2. Bahier; 3. Colle; 4. Nodier; 5. Thamin; 6. Ropert; 7. J. Kergrohen. — *Rochefort* : MM. de Gouyon de Pontouraude; 2. Dufour; 3. David; 4. Chevalier; 5. Bellot; 6. Julien-Laferrière; 7. Mialaret; 8. Morain; 9. Gorron; 10. Touchet; 11. Palmade; 12. Lassabatie; 13. Planté; 14. Torel; 15. Tardif; 16. Machenaud. — *Toulon* : MM. 1. Castellan; 2 Prat; 3. Cartier; 4. Durand; 5. Féraud; 6. Gauran; 7. Ourse; 8. de Bonadona; 9. Amouretti; 10. Cauvet; 11. Aubert; 12. Pons; 13. Jubin-Dudognon; 14. Sibaud; 15. Durbec; 16. Philip; 17. Boutin; 18. Couteaud; 19. Théron; 20. L. Alix; 21. Barême; 22. Curet; 23. Raffaëlli.

A la suite du concours ouvert le 13 mars, M. le médecin de 1re classe Palmade a été proposé pour occuper la chaire de pathologie exotique et d'hygiène navale à l'Ecole-annexe de Rochefort.

M. le médecin de 2e classe Brochet est désigné pour embarquer sur la *Flamme*, à Cherbourg.

M. Géhin, médecin de 2e classe des colonies, est appelé à servir à Diégo-Suarez.

M. le médecin de 1re classe des colonies Reaucar, en congé à la Martinique, est appelé à servir dans cette colonie, en remplacement de M. Garnier, rappelé en France.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA VARIOLE CHEZ LES TUBERCULEUX

Par H. RICHARDIÈRE, médecin des hôpitaux.

On sait, grâce à un très intéressant travail de Landouzy, que la tuberculose pulmonaire est extrêmement fréquente chez les individus qui ont été antérieurement atteints de variole. A l'aide d'observations nombreuses, portant sur un chiffre considérable de malades, notre savant maître a pu démontrer que le bacille tuberculeux trouve des conditions de développement singulièrement favorables dans l'organisme des individus variolisés plus ou moins longtemps auparavant.

Ces recherches de Landouzy concernent les rapports de la variole avec la tuberculose au point de vue de l'anémie des malades. Il est une autre manière d'envisager les rapports de ces deux maladies, c'est de les considérer au moment même où la variole évolue. Dans ces conditions, la variole n'est pas rare chez les tuberculeux déjà en puissance de bacille.

Elle peut atteindre ces malades s'ils présentent les conditions de réceptivité nécessaire, représentée dans le cas particulier par l'absence de l'immunité conférée par une vaccination encore efficace. Les lésions tuberculeuses des poumons ne préservent nullement de la variole.

Quelle est l'évolution de la variole en pareil cas? La tuberculose pulmonaire donne-t-elle à la fièvre éruptive surajoutée une allure spéciale, et lui imprime-t-elle un caractère de gravité plus grande. Autrefois, alors qu'on admettait volontiers la doctrine des antagonismes morbides, on admettait assez généralement que la variole survenant chez un individu déjà atteint de tuberculose pulmonaire pouvait exercer une influence favorable sur la lésion pulmonaire antérieure. C'est ainsi que Mead affirmait que la variole avait une action favorable sur la scrofule. Brachet allait plus loin et proposait d'inoculer la variole aux tuberculeux dans un but curatif. Rilliet et Barthez ayant observé que la variole atteignait de préférence les tuberculeux chez lesquels les dépôts tuberculeux étaient peu abondants en concluaient que la variole et la tuberculose étaient deux maladies antagonistes. Conclusion discutable, à laquelle on peut objecter que les tuberculeux avancés, ordinairement confinés à la chambre ou même au lit, sont plus facilement à l'abri de la contagion de la variole que les tuberculeux au début, qui continuent généralement à vivre de la vie commune! Rilliet et Barthez ajoutaient encore que, lorsque les tubercules sont peu nombreux, la variole tend à les faire passer à l'état crétacé et à les guérir.

Cette opinion de Rilliet et Barthez n'a pas été confirmée par les observations ultérieures. Actuellement, on admet que la variole qui frappe le tuberculeux a un caractère de gravité toute particulière. Comme toutes les causes d'affaiblissement de l'organisme, la tuberculose aggrave considérablement le pronostic de la variole.

Perroud, Joffroy ont remarqué que les tuberculeux avaient des varioles extrêmement

graves. Bregnaert a observé que, chez ces malades, la variole présentait un caractère adynamique très marqué et que la mort par collapsus en était la terminaison ordinaire. Le défaut de réaction de l'économie se manifeste, chez les tuberculeux, par l'affaissement des pustules au moment de la suppuration.

Balzer, observant à l'hôpital Saint-Louis, a vu succomber la plupart des tuberculeux atteints de variole même non confluente.

I

Les faits que j'ai observés à l'hôpital d'Aubervilliers confirment pleinement la gravité du pronostic de la variole chez les tuberculeux.

En effet, sur quatre tuberculeux atteints de variole, trois ont succombé! Contrairement à l'opinion de Rillet et Bathez, le seul qui ait survécu était celui qui avait les lésions pulmonaires les plus graves.

Il s'agissait, en effet, d'un tuberculeux à la deuxième période dont les sommets pulmonaires étaient excavés. Les trois malades qui ont succombé étaient à la deuxième période de la tuberculose.

Au point de vue de l'influence de la tuberculose sur l'évolution clinique de la variole, j'ai noté ce fait intéressant que, deux fois, la variole qui se présentait dans des conditions normales est devenue hémorrhagique à la période de suppuration.

Les observations de ces deux malades (un homme de 45 ans et une femme de 64 ans) sont presque identiques.

Ces deux malades avaient été vaccinés antérieurement.

Ils étaient tous deux atteints de tuberculose pulmonaire chronique assez étendue, à marche lente et à poussées successives. Leur état général était relativement bon, au moment où ils furent atteints de variole. La malade (une femme de 64 ans) avouait des habitudes alcooliques ; elle avait, de plus, un volumineux kyste de l'ovaire.

La variole, dont furent atteints ces deux malades, fut une variole assez abondante, cohérente par places, avec éruption de pustules relativement nombreuses sur la bouche et sur le pharynx.

L'éruption s'était faite dans les conditions normales, sans phénomènes généraux inquiétants. La phase de suppuration allait commencer lorsque, dans les deux cas, il survint un changement complet dans l'aspect des pustules. Les pustules, au lieu de suppurer franchement, se remplirent de liquide sanguinolent et s'entourèrent d'une zone hémorrhagique. En même temps, des taches purpuriques, de larges dimensions, se montrèrent en divers points du corps et particulièremnnt sur les membres inférieurs. En un mot, la variole devint secondairement hémorrhagique au moment de la période de suppuration.

Un des malades eut simultanément des hémorrhagies intestinales extrêmement abondantes causées par des hémorrhagies à la surface des pustules ulcérées de l'intestin.

Les deux malades succombèrent peu de temps après cette transformation hémorrhagique de l'éruption.

A l'autopsie, il existait des lésions tuberculeuses des poumons. Les autres organes étaient sains. L'intestin du malade qui avait eu des hémorrhagies intestinales était couvert de pustu varioliques ulcérées. Les tuniques étaient infiltrées de sang épanché.

Obs. I. — Variole cohérente, secondairement hémorrhagique. — Tuberculose pulmonaire.

C... (Antonelli), 45 ans, entré le 4 octobre à l'hôpi a d'Aubervilliers. Vacciné.

La maladie a débuté le 26 septembre par les symptômes ordinaires de la période

d'invasion de la variole. Il y a eu quelques épistaxis le deuxième et le troisième jour.

L'éruption s'est montrée le 30 septembre.

Le 4 octobre, jour de l'entrée à l'hôpital, C... est atteint d'une éruption de variole assez abondante. La face est recouverte de pustules nombreuses, cohérentes sur les joues, le front. Il n'y a pas confluence des pustules.

Sur le corps, les pustules sont moins nombreuses.

L'éruption est assez abondante sur la muqueuse buccale et détermine une dysphagie intense.

Les pustules ont l'aspect ordinaire. Aucune d'elles ne renferme de liquide hématique. Aucune n'est entouré d'auréole hémorrhagique.

Pas d'hémorrhagie. Les épistaxis du début ne se sont pas renouvelées.

C... présente des signes manifestes de tuberculisation du sommet du poumon droit.

La variole évoluait normalement ; la suppuration commençant, lorsque, le 8 octobre, l'éruption changea brusquement d'aspect.

Les pustules varioliques des membres inférieurs, d'abord, puis celles du tronc prirent une coloration rouge foncée. Le liquide qu'elles renfermaient devint sanguinolent. En même temps, elles s'entourèrent d'une zone purpurique. On vit apparaître sur les jambes, dans l'intervalle des pustules, des taches de purpura.

Le 9, la teinte purpurique s'accentuait. Le malade avait des hémorrhagies intestinales répétées.

Le 10, le malade affaibli paraissait déjà profondément cachectique. Il refusait toute alimentation.

Du 10 au 17, fréquentes hémorrhagies intestinales, adynamie profonde, cachexie.

Le 18, abaissement de la température qui descend à 32°.

Le 20, mort.

A l'autopsie, tuberculose ancienne des deux lobes supérieurs des poumons, qui sont farcis de tubercules en voie de ramollissement.

Pas de lésion appréciable du cœur, du foie, de la rate et des reins.

L'intestin présente des lésions remarquables :

Dans le duodénum, il existe à l'union de la première et de la deuxième portion, deux ou trois ulcérations à contours irréguliers, de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Ces ulcérations ont des bords indurés. Le fonds, granuleux et noirâtre, est coloré par le sang. Ces ulcérations intéressent toutes les tuniques intestinales, sauf la tunique séreuse qui en forme le fond.

La première portion de l'iléon est normale. Les deux tiers inférieurs, au contraire, présentent de nombreuses ulcérations analogues à celles du duodénum. Ces ulcérations, assez nombreuses pour se toucher par leurs bords, donnent à l'intestin l'apparence qu'il a dans la dysenterie. Dans l'intervalle des ulcérations, les parties persistantes des tuniques de l'intestin sont infiltrées de sang. L'intestin est rempli de sang.

Le gros intestin, dans toute son étendue, présente les mêmes altérations que l'iléon dans ses deux tiers inférieurs.

Obs. II. — Variole secondaire hémorrhagique. — Kyste de l'ovaire. — Tuberculose pulmonaire.

L..., 64 ans, entrée à l'hôpital d'Aubervilliers le 26 juillet.

Le début de la maladie ne peut être précisé.

L'éruption a débuté le 24.

A l'entrée à l'hôpital, L... est atteinte d'une éruption de variole discrète sur la figure, cohérente sur le corps.

Il existe de la dysphagie due à la présence de nombreuse pustules sur la muqueuse buccale.

Les pustules de variole ont un aspect normal. Elles n'ont nullement l'apparence hémorrhagique.

L. avait un développement considérable de l'abdomen, qui parut devoir être rapporté à de l'ascite, due à la cirrhose alcoolique du foie.

La malade avait effectivement des habitudes alcooliques anciennes.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, l'éruption, normale jusque-là, prend l'aspect hémorragique. Les pustules se remplissent de sang. De nombreuses taches purpuriques font leur apparition sur les membres inférieurs.

Mort le surlendemain.

Autopsie : Enorme kyste de l'ovaire, remplissant toute la cavité abdominale.

Les deux poumons sont remplis de tubercules, à divers degrés d'évolution : granulations grises, tubercules caséeux. Pas de caverne.

Dans ces deux faits, on voit que la variole, qui avait évolué jusqu'à la période de suppuration sans s'accompagner de phénomènes généraux graves, est devenue brusquement hémorrhagique et a fini par amener la mort des malades.

Il me semble logique de mettre sur le compte de la tuberculose pulmonaire dont étaient atteints les malades, la transformation hémorrhagique de leur éruption. En effet, la variole secondairement hémorrhagique est rare. Sur près de 200 malades soignés l'année dernière à l'hôpital d'Aubervilliers, je ne l'ai observé que deux fois, et cela chez ces deux malades.

On admet que les hémorrhagies secondaires, dans la variole, sont surtout à redouter chez les malades dont l'organisme est débilité, chez les alcooliques, chez les vieillards, chez les individus porteurs d'une tare organique quelconque. La tuberculose pulmonaire est une de ces tares organiques. Son influence ne parait-elle pas indiscutable dans les cas que j'ai observés?

II

Le troisième tuberculeux que j'ai vu succomber à la variole était un jeune homme de 17 ans. Il toussait depuis plusieurs mois et présentait des signes évidents de tuberculose pulmonaire au deuxième degré quand il fut atteint par la variole. Cet individu, qui n'avait jamais été vacciné, eut une variole confluente, dont l'évolution ne présenta aucune particularité imputable à la tuberculose pulmonaire. La mort ne put être attribuée qu'à l'intensité même de l'éruption.

Dans ce cas, la tuberculose pulmonaire m'a paru ne jouer qu'un rôle accessoire. Elle n'eut pour effet que de mettre le malade dans des conditions particulièrement défavorables pour résister à une infection variolique extrêmement intense.

Obs. III. — Variole confluente. — Tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

G... (Ismaël), 17 ans, entré à l'hôpital d'Aubervilliers.

G... ne peut préciser le début des premiers symptômes annonçant la variole. L'éruption a commencé le 9 octobre.

Au moment de son entrée à l'hôpital, G... était atteint d'une éruption variolique intense. Les pustules étaient confluentes à la face et sur la plus grande partie du corps.

Il existait, en outre, une dysphagie considérable en rapport avec la présence de nombreuses pustules sur la muqueuse buccale.

Le malade avait de l'enrouement et un certain degré de dyspnée.

Aucune complication viscérale en rapport avec l'éruption.

L'examen de la poitrine faisait constater de la matité au sommet du poumon droit et des râles sous-crépitants assez nombreux dans cette région du thorax. G... déclarait tousser depuis plusieurs mois et avoir eu au début de sa bronchite des crachements de sang assez abondants.

La variole évolua comme toute variole confluente et amena la mort le 4 novembre.

A l'autopsie : épanchement séro-sanguinolent de deux litres environs dans la plèvre droite. Le poumon droit était recouvert de fausses membranes épaisses paraissant anciennes.

Le lobe droit du poumon était induré et volumineux. Il renfermait de nombreuses masses tuberculeuses d'aspect caséeux. Quelques-unes de ces masses étaient en voie de ramollissement.

Le poumon gauche, beaucoup moins altéré, portait quelques tubercules, non ramollis, dans son lobe supérieur. Le lobe inférieur était emphysémateux.

Les autres organes avaient un aspect normal. Seuls, les reins étaient volumineux et atteints de néphrite infectieuse.

III

Le seul des quatre tuberculeux atteints de variole, qui ait survécu, avait une variole discrète.

Ce malade avait une tuberculose pulmonaire avancée. Malade depuis un an, il présentait des signes manifestes de lésions tuberculeuses à la troisième période (excavations des deux sommets pulmonaires).

Dans ce cas, la variole évolua d'une façon absolument régulière. Chose remarquable, pendant l'évolution de la variole, il y eut cessation momentanée de la fièvre tuberculeuse. La marche thermique fut celle de la variole régulière. La température baissa après l'éruption, remonta pendant quatre jours au moment de la suppuration. La suppuration terminée, il y eut trois jours d'apyrexie complète. Puis, le cycle fébrile de la variole parcouru, la maladie infectieuse aiguë guérie, la température se releva de nouveau et la fièvre reprit les allures de la fièvre hectique des tuberculeux.

Les phénomènes stéthoscopiques en rapport avec les lésions tuberculeuses des poumons persistèrent pendant toute la durée de la variole sans aucune modification. Si on en juge par l'auscultation, les lésions pulmonaires ne furent pas aggravées par l'infection variolique.

Obs. IV. — Variole discrète. — Tuberculose pulmonaire au troisième degré.

T... (Edouard), 22 ans, entré le 22 mars à l'hôpital d'Aubervilliers. Vacciné.

La maladie a débuté le 16 mai. L'éruption s'est montrée le 18 mai.

T... est atteint d'une éruption de variole peu abondante. Les pustules, peu nombreuses, sont disséminées sur la face et le corps, séparées par des intervalles assez larges où la peau est saine.

Quelques pustules dans la bouche.

Aucune complication du fait de la variole.

T... est atteint de tuberculose pulmonaire au troisième degré. Il tousse depuis plus d'un an. Il a eu, à diverses reprises, des hémoptysies abondantes. Il a, depuis ongtemps, des sueurs nocturnes.

T... a maigri considérablement.

L'examen stéthoscopique de la poitrine permet de constater des signes non douteux

de tuberculose au troisième degré. Il y a de la matité des deux sommets, du souffle caverneux, du gargouillement.

La variole évolue normalement.

Du 22 au 26, légère fièvre qui paraît en rapport avec la suppuration.

Du 26 au 30, apyrexie.

Le 30, reprise de la fièvre hectique tuberculeuse.

T... sort guéri de sa variole. Les lésions tuberculeuses poursuivent leur évolution sans que l'examen stéthoscopique permette de dire qu'elles ont été aggravées.

On voit, en résumé, que :

1° La tuberculose pulmonaire aggrave considérablement le pronostic de la variole. Sur quatre tuberculeux atteints de variole, trois ont succombé.

2° Deux tuberculeux ont succombé à la transformation hémorrhagique de la variole pendant la période de suppuration.

3° Le troisième est mort de variole confluente.

4° Sur les quatre tuberculeux observés, les trois qui sont morts de la variole étaient atteints de lésions tuberculeuses à la deuxième période. Le quatrième, qui a survécu, avait une tuberculose avancée au troisième degré. La gravité du pronostic de la variole chez les tuberculeux ne paraît donc pas sous la dépendance immédiate de l'intensité des lésions pulmonaires. Il paraît plutôt en rapport avec l'abondance de l'éruption.

5° Chez les tuberculeux qui ont survécu à la variole, il y a eu arrêt de la fièvre tuberculeuse pendant l'élévation de la variole. La courbe thermique a été, jusqu'à la convalescence, la courbe thermique d'une variole régulière, survenant chez un individu indemne de toute maladie antérieure.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC

M. Jeannel (de Toulouse) a, le premier, pratiqué la gastro-entérostomie pour soigner une dilatation de l'estomac qui avait alors résisté à tous les traitements. Malheureusement, son malade est mort le huitième jour, « en se refroidissant progressivement comme une lampe sans huile », et on ne peut encore que faire des conjectures sur le résultat d'une intervention de cette nature appliquée à la cure d'un viscère dilaté. Cependant, l'idée d'un pareil traitement est basé sur des observations exactes, et tout dernièrement encore, à la Société de chirurgie, M. Reclus vient de donner la relation d'une autopsie qui prouve le bien fondé d'une semblable opération. Il s'agissait d'une gastro-entérostomie pour cancer du pylore, néoplasme qui n'enleva le malade que plusieurs mois après l'abouchement de l'estomac dans le jéjunum. La généralisation se produisit et la nécropsie montra, comme l'a fait remarquer M. Reclus, que l'estomac, dilaté par le rétrécissement pylorique, était considérablement revenu sur lui-même.

C'est à M. Marcel Baudouin qu'appartient l'idée de traiter chirurgicalement la dilatation de l'estomac par la gastro-entérostomie. Frappé de ce fait que lorsque l'on pratique une cholécystotomie, la vésicule restée fistuleuse finit pas se rétracter et arrive même à se contracter assez pour ne plus former qu'un cordon creux et régulièrement cylindrique, il pensa

qu'il devait en être de même pour tous les réservoirs dilatés, et que, par conséquent, l'estomac fistulisé à l'aide d'une bouche duodénale arriverait petit à petit à se replier sur lui-même et à reprendre ses dimensions normales. Qui sait même s'il ne deviendrait trop exigu? Ici se poserait alors le problème du moment où il convient de fermer la bouche stomaco-duodénale. Cette rétraction est constante, on le sait, dans un réservoir qui perd continuellement son contenu et si nous voulions en donner une nouvelle preuve, il n'y aurait qu'à prendre l'exemple de la fistule vésico-vaginale qui arrive à réduire la vessie à un volume tel, que son peu de capacité devient une des difficultés du traitement.

Pour en revenir au malade de M. Jeannel, il a succombé parce qu'il a été opéré trop tard, à une époque où les viscères étaient, par suite de l'inaction prolongée, dans un état tel de dégénérescence que la survie était impossible. La gastro-entérostomie devra donc être pratiquée de bonne heure, que ce soit pour dilatation de l'estomac ou pour cancer du pylore. Comme le faisait remarquer dernièrement encore M. Terrier à la Société de chirurgie, elle n'a de chance de réussir que si elle est faite sur des malades encore résistants et qui n'ont pas encore subi une trop grande dénutrition. (*Progrès médical*, 16 juillet 1892; *Archives provinciales de ehirurgie*, 1er janvier 1893.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mars. — Présidence de M. Ferrand.

Emphysème sous-cutané abdominal.

M. Ferrand présente l'observation d'un malade apporté à l'hôpital dans un coma complet, et ne présentant qu'un emphysème de la paroi abdominale. Le malade meurt sans que l'on ait porté un diagnostic.

A l'autopsie, on remarque tout d'abord l'état de décomposition assez avancée du corps, bien que la mort ne remonte qu'à vingt-quatre heures et que la température extérieure soit basse.

Il s'écoule de la bouche un liquide sanguinolent.

En humectant fortement la paroi abdominale au point où l'on avait constaté de l'emphysème sous-cutané, on constate qu'en faisant une incision il se dégage de nombreuses bulles d'air.

Les veines de la paroi antéro-latérale de l'abdomen et du thorax du côté droit sont extrêmement dilatées et remplies de sang. Il y a là une circulation collatérale très intense.

On remarque une surcharge graisseuse assez considérable du mésentère, de la paroi abdominale, des franges épiploïques, qui semblerait indiquer que l'individu était éthylique.

Quant à la cause possible de l'emphysème sous-cutané, elle échappe tout à fait; on ne

voit pas de cicatrices de piqûre qui démontrerait qu'il y a eu là une plaie par instrument piquant. Les poumons sont dépourvus d'adhérences et non emphysémateux.

Le foie est très petit, atrophié, inégal, la surface est granuleuse.

Il y a une cirrhose atrophique, d'ailleurs peu avancée; pas d'ascite. Entre les travées fibreuses que l'on voit assez bien se dessiner en certains points; le foie a une teinte jaune verdâtre très particulière, comme s'il y avait un peu de rétention biliaire. Les cellules ont subi certainement la dégénérescence graisseuse.

La rate est assez grosse, hypertrophiée, dure à la coupe, fortement congestionnée.

Les reins ne présentent pas de lésions de néphrite, mais ils sont volumineux et très congestionnés.

L'estomac est rempli d'un liquide noirâtre marc de café, dû à du sang à moitié digéré, sans qu'on voit la moindre ecchymose ou la moindre ulcération de la muqueuse.

Il est probable que le sang vient de l'appareil pulmonaire. Les bronches sont pleines de sang.

Donc, malgré l'autopsie, le doute persiste sur la cause de la mort et sur la cause de production de l'emphysème sous-cutané. L'hypothèse la plus vraisemblable est qu'il s'est agi d'une infection septique.

Arthrite purulente guérie par les injections de sublimé.

M. Rendu a déjà communiqué il y a quelques mois un cas de guérison d'arthrite purulente par des injections de sublimé. En voici un autre exemple :

Le 13 février dernier entrait à l'hôpital une femme atteinte d'une arthrite du genou gauche, datant d'environ quinze jours, et survenue sans cause appréciable; il y avait en même temps une fièvre vive et des phénomènes généraux graves.

Sur le fémur du même côté, on constatait des traces non douteuses d'une ostéomyélite datant de trois ans et ayant suppuré constamment pendant huit ou dix mois. On pouvait donc penser que l'arthrite était liée à l'ostéo-myélite et qu'elle était due au staphylocoque. D'autre part, la malade racontait qu'elle avait eu, trois mois avant que le genou fût atteint, un écoulement vaginal dont elle spécifiait assez mal la nature. On pouvait donc aussi penser qu'il s'agissait d'une arthrite blennorrhagique.

Le genou fut tout d'abord immobilisé pendant quarante-huit heures dans une gouttière; mais les phénomènes généraux s'aggravant, on pratiqua au bout de ce temps une ponction qui permit de retirer 250 grammes de pus verdâtre. Après cette évacuation, on put constater qu'il n'y avait pas de fongosités articulaires. On injecta immédiatement dans l'article trois seringues de Pravaz d'une solution de sublimé au 1/4000e et on les y laissa; immobilisation et légère compression ouatée.

Les résultats furent très favorables. Rapidement, la température revint à la normale et les phénomènes généraux disparurent. Néanmoins, huit jours plus tard, l'épanchement s'était reproduit aussi abondant qu'avant. Le 26 février, M. Rendu pratiqua une nouvelle ponction. Mais ce n'était cette fois qu'un liquide séreux, citrin. Après cette deuxième ponction, le liquide ne se reproduisit plus. Aujourd'hui, la malade peut être regardée comme absolument guérie. Il ne lui reste qu'un peu de raideur de l'articulation.

L'examen bactériologique montra quelle était l'origine de cette arthrite. L'examen direct du liquide de la première ponction ne permit de constater dans celui-ci aucun microbe. Mais les cultures sur sérum et sur gélose donnèrent un microbe absolument semblable au gonocoque. Il s'agissait donc d'une arthrite blennorrhagique.

M. Rendu insiste sur ce fait que l'examen bactériologique seul a permis de reconnaître l'origine de cette arthrite.

Erythème scarlatiniforme desquamatif pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde

M LE GENDRE : Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde régulière chez un jeune homme de 20 ans, 42 jours après le début, et après plusieurs jours d'apyrexie, la fièvre reparaît sans cause apparente. Bientôt, cependant, se produit une éruption scarlatiniforme débutant par la face, se continuant par les membres et l'abdomen, envahissant par poussées successives le dos, puis les organes génitaux, la muqueuse buccale pharyngienne.

A l'érythème succède rapidement, en chacune de ces régions, une desquamation totale à larges lambeaux, avec une intensité tout à fait comparable à celle qu'on observe dans la dermatite exfoliatrice. Les poussées successives de cet érythème desquamatif n'ont pas cessé jusqu'à la mort du malade, qui est survenue 102 jours après le début de la fièvre typhoïde et 60 jours après l'apparition de l'exanthème.

A ce moment, les ongles étaient en train de tomber, les cils étaient tous tombés, les cheveux tombaient depuis assez longtemps.

La fièvre a duré tout le temps avec des oscillations irrégulières. La plus haute température (40°,6) a coïncidé avec l'apparition des phénomènes pulmonaires : toux, dyspnée, expectoration contenant des bacilles tuberculeux. Le malade n'avait jamais toussé avant sa maladie actuelle et l'auscultation avait été muette pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Bientôt on constatait des signes cavitaires au niveau du lobe inférieur droit. La mort est survenue dans le marasme.

A l'autopsie on trouva un nombre restreint de tubercules en voie de caséification, mais un abcès du poumon de la grosseur d'une mandarine contenait un pus phlegmoneux, fétide.

Sur la dernière portion de l'iléon, au voisinage de la valvule de Bauhin, se voyaient trois petites ulcérations arrondies, incomplètement réparées et, dans le voisinage, des vestiges d'autres ulcérations déjà cicatrisées. Les cultures, faites par M. Beaussenat, avec des squames prélevées à la partie supérieure et antérieure du thorax au voisinage de l'aisselle, ont donné un micro-organisme qui offrait les réactions considérées comme pathognomoniques du coli-bacille.

Nous ne prétendons en aucune façon établir un lien étiologique entre la dermatose et ce microbe, dont la présence accidentelle ne serait pas difficile à expliquer. Mais nous signalons les points suivants : d'abord l'absence de pathogénie médicamenteuse. Ce malade n'a été soumis à aucune influence hydrargyrique ou iodique, soit intus, soit extra. Il a bien pris 1 gramme de quinine la veille du jour où parut l'éruption ; mais, pendant douze jours de sa fièvre typhoïde, il avait pris la même dose quotidienne sans aucune éruption, et la fièvre prodromique de l'exanthème existait déjà depuis plusieurs jours quand ce gramme de quinine a été absorbé.

Il est donc légitime de considérer cet exanthème desquamatif comme le résultat d'une infection secondaire, dont il est possible que la porte d'entrée ait été l'ulcération intestinale encore non cicatrisée. L'existence de l'abcès pulmonaire est de nature à confirmer l'origine infectieuse de ces phénomènes cutanés.

Les classifications proposées jusqu'ici des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs sont bien incomplètes. Au point de vue dermatologique, le cas observé par nous parait un exemple de ceux qui, comme le dit M. Brocq, par leur durée, leur intensité et la chute des poils et des ongles, constituent des faits de passage entre les formes légères de la dermatite exfoliatrice généralisée proprement dite et les formes communes de l'érythème scarlatiniforme desquamatif.

M. Rendu pense que les ulcérations intestinales que présentait le malade de M. Le Gendre étaient peut-être tuberculeuses; il est souvent très difficile de se prononcer dans des cas analogues.

M. Le Gendre : On n'a pas fait de coupes des parois intestinales au niveau de ces ulcérations; mais, objectivement, elles rappelaient complètement celles de la fièvre typhoïde et siègeaient aux lieux d'élection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 mars 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : Laveran : Des antiseptiques pour la désinfection. — Lemoine et Linossier Mécanisme du mérycisme. — Ronnier : Culture à la lumière électrique. — Communications diverses.

MM. Laveran et Vaillard ont recherché la valeur relative des différents antiseptiques que l'on peut employer dans les appareils actuellement usités pour la désinfection.

Le lysol et le crésylol à 5 p. 100 ont un pouvoir antiseptique notable, mais ils encrassent rapidement les appareils et en attaquent les parties métalliques; de plus, leur odeur est désagréable. En solution à 5 p. 100, l'acide phénique détruit tous les microbes ordinaires, à l'exception de la bactéridie charbonneuse; il n'a pas d'action nuisible sur les appareils et son odeur assez prononcée disparaît rapidement. La solution de sublimé à 1 p. 1000 est moins active, probablement par suite de l'action du sel mercuriel sur les organes métalliques des appareils. M. Laveran conseille donc surtout l'usage de l'acide phénique à 5 p. 100.

— Des pièces anatomiques présentées par M. Cadiot, il résulte que le chien peut être tuberculeux. C'est le poumon qui est le plus souvent touché, puis ensuite la plèvre, le foie, les reins. D'après les statistiques de M. Cadiot, il y aurait un chien, sur 250, atteint de tuberculose.

— MM. Lemoine et Linossier : Le mécanisme de la rumination chez l'homme a été l'objet d'interprétations diverses. Toussaint avait pensé qu'il s'agissait là de phénomènes analogues à ceux de l'éructation, et, par conséquence, tendait à rapprocher le mérycisme de la rumination des animaux. On n'avait pas encore jusqu'ici pris de tracés pour établir le mécanisme. Ces tracés pris simultanément au niveau des fosses nasales, de la bouche, du thorax et de l'abdomen viennent confirmer l'influence de la diminution de pression intra-thoracique, déjà bien mise en évidence par Chauveau et Toussaint chez les animaux. Ils viennent de plus y ajouter un élément nouveau, à savoir : l'influence des muscles inspiratoires, venant à un moment donné agrandir encore le diamètre de la cage thoracique.

Il est permis de distinguer dans l'acte du mérycisme deux périodes :

1) Le diaphragme s'abaisse brusquement et la glotte se ferme. Il en résulte la production de trois phénomènes : *A*) dans la cavité thoracique se produit un vide relatif sous l'influence duquel l'air extérieur vient distendre l'œsophage qui est attirée en bas, en même temps la tête est rejetée en arrière : on conçoit donc que le pharynx et l'œsophage soient transformés dans toute leur étendue en un tube droit, rigide et distendu par l'air ; *C*) l'estomac subit un commencement de compression ;

2) A ce moment entrent simultanément en jeu deux groupes de muscles : *A*) Les muscles inspirateurs, le diaphragme étant abaissé, se contractent et dilatent fortement le thorax ; il en résulte, la glotte restant toujours fermée, une augmentation de vide intra-thoracique ; *B*) les muscles abdominaux accentuent la compression de l'estomac ;

sous la double influence de la compression de l'estomac et de l'appel fait dans l'œsophage par le vide intra-thoracique, le bol alimentaire est lancé brusquement dans la bouche, à travers l'œsophage transformé en un tube rigide.

M. Gaston Bonnier présente un certain nombre de résultats obtenus en cultivant les mêmes plantes à la lumière électrique, qui continue sans interruption aucune pendant des mois consécutifs, à la lumière électrique discontinue et à la lumière normale, toutes les autres conditions étant égales, d'ailleurs. Ces expériences ont été faites dans les sous-sols du pavillon d'électricité des Halles Centrales, mis à la disposition du professeur de la Sorbonne par le conseil municipal de Paris.

Il résulte des recherches de M. Bonnier que les plantes éclairées à la lumière continue contiennent bien plus de chlorophylle, mais se différencient moins. Les différences anatomiques entre ces plantes et les mêmes espèces éclairées à la lumière discontinue sont parfois si grandes qu'elles rendent méconnaissables les coupes pratiquées à travers les organes.

M. Gaston Bonnier présente ensuite une note de M. Léon Dufour, qui a étudié particulièrement les crosnes du Japon poussant comparativement dans les conditions précédentes.

La réserve du tubercule se déplace et forme à la lumière continue des tubercules aériens verts qui renferment de l'amidon, tandis que les tubercules normaux renferment de la stackyose. Ils ont en outre de la chlorophylle jusqu'au centre de la moelle. — P. V.

FORMULAIRE

Irrigations antiseptiques employées à l'hôpital municipal de Berlin contre la diphtérie pharyngée :

Acide salicylique	3	grammes.
Acide borique	30	—
Eau distillée	1000	—

COURRIER

Dans sa séance du 22, le Conseil municipal s'est longuement entretenu des choses de l'Assistance publique.

MM. Vaillant et Dubois ont attaqué, le premier, les cuisiniers des hôpitaux et la gargotte qu'ils donnent aux malades ; le second, la qualité du vin, qui serait coupé d'eau, ce à quoi M. Peyron a répondu par la phrase suivante :

« Dites, s'est-il écrié, que nous faisons de la mauvaise cuisine, que nous avons parfois de la mauvaise viande et des mauvais légumes, mais ne venez pas dire qu'on met de l'eau dans le lait ou dans le vin des malades ; ne dites pas que nos surveillants et nos surveillantes nourrissent aux dépens de nos malades leurs maris ou leurs femmes. Ce n'est pas vrai ! » (*Très bien !*)

Après ce semi-aveu, on n'avait plus qu'à voter la proposition suivante de M. Faillet :

« La direction de l'Assistance publique est invitée à présenter un projet de réorganisation du service d'approvisionnement et du personnel des cuisines dans les établissements hospitaliers. » Ce qui a été fait.

M. Lyon-Alemand a ensuite soulevé la question du traitement des malades riches dans les hôpitaux. Il a cité le cas d'un habitant de Meulan, doué de 40,000 francs de rente, qui a pris un faux domicile à Paris et est entré dans un de nos hôpitaux où il a été opéré gratuitement.

Pour parer à cet abus, M. Lyon-Alemand a fait adopter par cette assemblée les deux propositions suivantes :

Le conseil : 1° invite l'administration à prendre des mesures énergiques pour empêcher que des gens aisés et même riches se fassent opérer gratuitement dans nos hôpitaux ; à rendre beaucoup plus sévères les enquêtes sur la situation des personnes dont le domicile permanent, à Paris, n'est pas établi ;

2° A étudier l'application d'un prix de journée spéciale pour les malades aisés.

Puis l'électricité s'est mise de la partie et, sur la proposition de M. Navarre, le Conseil municipal a décidé que l'accès du service d'électrothérapie de la Salpêtrière serait désormais public.

Il a renvoyé à la cinquième commission la proposition suivante :

« Il sera ouvert à l'administration de l'Assistance publique un crédit nécessaire pour affecter au service d'électrothérapie de la Salpêtrière un local séparé et assurer son bon fonctionnement. »

Une proposition plus radicale de MM. Dubois, Faillet et Vaillant demandant la création d'un institut municipal d'électrothérapie à la Salpêtrière, avec annexe à l'hôpital Saint-Louis, a été aussi renvoyée à la même commission.

Collège de France. — M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1892-1893 par M. le docteur Malassez.

Augmentation du nombre des médecins militaires. — La Commission de l'armée de la Chambre des députés a décidé de porter aux chiffres suivants les cadres des médecins de l'active :

Médecin-inspecteur général, 1; médecins-inspecteurs, 10 (au lieu de 9); médecins principaux de 1re classe, 50 (au lieu de 45); médecins principaux de 2e classe, 60 (au lieu de 45); médecins-majors de 1re classe, 340 (au lieu de 320); médecins-majors de 2e classe, 500 (au lieu de 480); aides-majors de 1re classe, 360 ; aides-majors de 2e classe, 120 (soit 480 au lieu de 460). Pharmaciens militaires, 60 (au lieu de 126); l'armée allemande n'en a que 22.

Le chiffre total des médecins militaires de l'armée active serait donc de 1,441 au lieu de 1,360 (y compris les stagiaires du Val-de-Grâce), soit une augmentation de 81.

Nécrologie. — Le docteur Girard, de Villaines-la-Juhel (Mayenne); — Le docteur Reboulleau (de Nancy), ancien médecin de la marine.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE

LA FALSIFICATION DES VINS (1)

Vinage. — Cette opération consiste à ajouter au vin une certaine quantité d'alcool pour permettre de le conserver et de le transporter lorsqu'il est trop faible, parce que le raisin n'a pas suffisamment mûri. C'est, du moins, là le prétexte qui a été mis en avant par les viticulteurs dans les longs débats auxquels le vinage a donné lieu, dans les sociétés savantes et dans les assemblées législatives. On ne peut pas, disaient-ils, laisser perdre son vin, lorsqu'on peut le sauver par une addition inoffensive d'alcool. On n'a pas le droit d'empêcher un propriétaire qui a une récolte trop faible, d'en sacrifier la moitié pour sauver l'autre, de distiller cette première moitié et d'ajouter son alcool à celui de la seconde.

L'alcool ainsi ajouté a sans doute l'inconvénient de ne pas se combiner avec le liquide dans lequel on le verse et de précipiter une partie de ses matériaux solides; mais il ne fait qu'opérer brusquement une séparation dont le temps se serait chargé, et mieux vaut encore consommer nos vins de France honnêtement alcoolisés, que de nous empoisonner avec ceux qui nous viennent de l'étranger, et qui sont vinés avec de détestables alcools.

Ces arguments sont spécieux, mais ils reposent sur de dangereuses illusions. Où trouver, en effet, le propriétaire scrupuleux et austère qui se décidera à distiller une partie de sa récolte, lorsqu'il pourrait sauver le tout par l'addition d'un alcool d'industrie. Le vinage ouvre la porte à toutes les falsifications. En 1870, le conseil d'Etat consulta l'Académie de médecine sur les conséquences que cette pratique pouvait avoir pour la santé. On nomma une commission au nom de laquelle le Dr Bergeron rédigea un rapport très complet, dans lequel il concluait à l'autorisation du vinage à la cuve, à la condition qu'on se servît d'eau-de-vie naturelle. A cette époque, déjà, cette clause eût été si onéreuse qu'elle équivalait à une interdiction.

Seize ans après, l'Académie fut appelée à s'occuper de nouveau de la question, et je fus nommé rapporteur, par la commission chargée de cette étude (2).

(1) Voir le numéro du 16 mars 1893.

(2) Jules Rochard : Rapport sur l'alcoolisme lu à l'Académie de médecine le 6 juillet 1886, au nom d'une commission composée de MM. Bergeron, A. Gautier, Lancereaux, Perrin et Dujardin-Beaumetz.

Après une longue discussion, l'Académie adopta les conclusions suivantes, que je lui soumis au nom de la commission :

1° Le vinage ou alcoolisation des vins, à l'aide d'alcool pur et ne dépassant pas deux degrés, peut être toléré; mais, en dehors de ces conditions, il doit être absolument interdit.

2° Le vinage n'est pas seulement dangereux par la quantité et la mauvaise qualité de l'alcool qu'il ajoute au vin, mais encore parce qu'il permet le mouillage qui est à la fois une fraude et une falsification (1).

Les hygiénistes, qui n'ont pas les mêmes ménagements à garder que les académies, se prononcent nettement contre l'alcoolisation des vins. « Je « suis l'adversaire résolu du vinage, dit M. Dujardin-Beaumetz, parce qu'en « introduisant, dans le vin, des alcools étrangers, il altère et dénature pro« fondément sa composition. Par les traités commerciaux qui nous lient à « l'Espagne, traités qui permettent l'introduction de vins à 16 p. 100 d'al« cool, nous voyons tous les alcools de mauvaise qualité fabriqués en Alle« magne pénétrer ainsi, sous le couvert de vin, dans notre territoire (2). »

Sucrage. — Lorsque l'été n'a pas été suffisamment chaud, la maturation du raisin est si peu avancée que sa teneur en sucre diminue de moitié, tandis que son acidité augmente. Un moût renfermant 12 p. 100 de sucre et 12 p. 100 d'acidité donne un vin qu'on ne peut pas boire. Dans ce cas, et pour sauver sa vendange, le vigneron peut avoir recours au *sucrage*. Cette pratique comprend deux procédés. Celui qui a été imaginé par Chaptal, et qui porte le nom de *chaptalisation*, consiste à neutraliser l'excès d'acidité du vin, en y ajoutant du marbre blanc en poudre, et à augmenter sa richesse saccharine par l'addition d'une certaine quantité de sucre de canne, que les vignerons remplacent volontiers par du sucre d'amidon. Ce procédé s'adapte bien aux vins à bouquet fin; il est particulièrement employé en Bourgogne pour les grands crus.

Le second procédé, celui du docteur Ludwig Gall, consiste à ajouter au vin de l'eau et du sucre tout à la fois. La *gallisation* est un véritable mouillage, et quand les proportions ne sont pas bien gardées, quand, par surcroît, on se sert de sucre d'amidon impur et mal travaillé, le résultat est déplorable.

En 1854, un viticulteur de Bourgogne, M. Pétiot, proposa l'emploi du sucre pour faire des vins de seconde, de troisième et même de quatrième cuvée, en profitant des matières colorantes extractives, des sels, des acides, du tartre qui restent encore dans le marc après la première cuvée.

Ce procédé a été appliqué sur une grande échelle lorsque nos vignes ont été frappées par l'oïdium, le phylloxera et le mildew ; en 1885, il a nécessité l'emploi de 7,933,887 kilogrammes de sucre; mais ce n'est pas du vin que l'on produit ainsi, c'est de la piquette. On voit, par cet exemple, où conduit l'application de ces procédés inoffensifs en eux-mêmes, par l'abus inévitable qu'on en fait. Toutefois, si le sucrage peut conduire à la fraude, il n'a aucun inconvénient pour la santé des consommateurs, et la commission de l'Académie de médecine, dans le rapport que j'ai cité plus haut, avait cru pouvoir le recommander pour remplacer le vinage.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 30 novembre 1887, t. XVI, p. 453.
(2) Dujardin-Beaumetz, l'hygiène alimentaire, *loc. cit.* p. 98.

Vins mannités. — On a signalé, dans ces derniers temps, la présence de la *mannite* dans des vins provenant de la province d'Oran. Ils en renfermaient d'assez fortes proportions pour attirer l'attention de la douane, qui crut d'abord que ces vins étaient additionnés de jus de figues. Les chimistes ne sont pas d'accord sur l'existence de la mannite dans les vins naturels d'Algérie, où M. Lebanneur a prétendu la découvrir, et, en attendant qu'ils soient d'accord, la douane considère comme fraudés les vins qui en contiennent plus de 8 grammes par litre (1).

Salicylage. — Lorsque Kolbe signala l'action antiputride de l'acide salicylique, le commerce et l'industrie s'empressèrent d'y recourir pour retarder la fermentation des substances alimentaires facilement altérables. On commença par les vins de qualité inférieure, puis le salicylage s'étendit à la bière, aux sirops, aux aliments solides; mais la question a surtout été agitée au point de vue des vins. La lutte entre l'hygiène et les fabricants a été des plus ardentes sur ce terrain; à cinq reprises différentes, de 1877 à 1887, le Comité consultatif d'hygiène publique a été appelé à intervenir; l'Académie de médecine a été consultée, en 1885, par le ministre du commerce et la décision de ces Société savantes a toujours été la même. Elles ont toujours repoussé, sans restriction, le salicylage, malgré l'opposition, les réclamations des fabricants, souvent appuyées par des consultations de médecins et parfois acceptées par les tribunaux (2).

Les intéressés alléguaient, en faveur de leur opinion, la nécessité d'employer l'acide salicylique pour la conservation de certains vins, les faibles quantités nécessitées par cette conservation, l'innocuité du salicylate de soude démontrée par son usage en médecine à des doses plus fortes que celles qu'emploient les viticulteurs et sa rapide élimination par les urines; mais les hygiénistes ont réfuté toutes ces assertions à l'aide des arguments suivants :

Les produits de bonne qualité n'ont pas besoin qu'on emploie pour les conserver des moyens artificiels. L'acide salicylique, comme les autres agents analogues, ne sert qu'à faire passer des vins de qualité inférieure souvent frelatés, qu'à favoriser la falsification de vins artificiels dont l'insuffisance hygiénique est manifeste. C'est la Chambre de commerce de Bordeaux qui s'exprime ainsi dans une lettre adressée au ministre du commerce, à la date du 23 mars 1881 (3).

Les doses minimes d'acide salicylique dont les commerçants prétendent se contenter (6 ou 8 grammes par hectolitre), sont insuffisantes pour conserver les vins; et, à dose antiseptique, cet acide est toxique. Il en faut 1 gramme pour stériliser un litre de bouillon (4). Les petites doses mises en avant par les intéressés ne sont en réalité jamais respectées. De plus,

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, février 1893.

(2) Voir le rapport de M. le docteur Dubrisay, sur le salicylage des substances alimentaires, lu le 29 juin 1885 au Comité consultatif d'hygiène publique (*Recueil des travaux du Comité consultatif*, t. XV, p. 373) — et celui de M. Vallin sur l'emploi de l'acide salicylique et de ses dérivés dans les substances alimentaires, lu à l'Académie de médecine le 28 décembre 1886 (*Bulletin de l'Académie*, t. XVI, p. 583).

(3) Dubrisay : Rapport sur le salicylage des substances alimentaires. (*Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène*, t. XV, p. 384.)

(4) Cornil et Babès : *Les Bactéries*, p. 45.

l'effet antifermentescible de l'acide salicylique n'est que momentané; au bout de quelque temps, la fermentation reprend et il faut en mêler au vin des quantités nouvelles. En pratique, il est impossible de forcer les fabricants à se tenir à de petites doses. Une fois la tolérance accordée, l'abus est inévitable et peut avoir les plus fâcheuses conséquences pour la santé.

Si des doses assez fortes de salicylate de soude peuvent être supportées par les malades, c'est à la condition d'être éliminées rapidement par les urines. Si les reins fonctionnent mal, l'accumulation se produit, et les accidents surviennent. Les goutteux, les dyspeptiques, les albuminuriques, les vieillards tolèrent mal le salicylate de soude, et, d'ailleurs, en admettant, comme pour le plâtrage, qu'on n'ait pas à craindre d'accidents immédiats après l'ingestion des boissons salicylées, il est impossible d'affirmer que leur usage quotidien, pendant de longues années, ne déterminera pas des troubles de la santé chez les populations soumises à ce régime. Le contraire est beaucoup plus vraisemblable.

Pour toutes ces raisons, l'Académie de médecine, à la suite de la discussion du rapport de M. Vallin, adopta, le 25 janvier 1887, les conclusions suivantes :

« 1° Il est établi par l'observation médicale que des doses faibles, mais « journalières et prolongées d'acide salicylique ou de ses dérivés, peuvent « déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impres« sionnables au médicament, chez les personnes âgées, chez celles qui n'ont « plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives.

« 2° En conséquence, l'addition de l'acide salicylique et de ses dérivés, « même à doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait « être autorisée (1) ».

Les avis formellement exprimés, à diverses reprises, par le Comité consultatif d'hygiène publique et par l'Académie de médecine, ont enfin triomphé des résistances intéressées, et la loi du 11 juillet 1891, par son article 2, range, parmi les falsifications, l'addition au vin, au vin de sucre ou de marc, au vin de raisin sec : 1° de matières colorantes quelconques, 2° de produits tels que l'acide sulfurique, nitrique, chlorhydrique, salicylique, borique ou autres analogues et de chlorure de sodium au-dessus de 1 gramme par litre. L'article 3 défend de mettre en vente des vins plâtrés contenant plus de 2 grammes de sulfate de potasse ou de soude par litre (2).

Strontiane. — Lorsque cette loi fut promulguée, les tolérances tacites qui avaient eu cours jusque-là durent nécessairement cesser; mais le commerce avait déjà fait ses approvisionnements de vins plâtrés comme les années précédentes; les vignerons cherchèrent alors à enlever cet excédent de plâtre, et une nouvelle industrie fut créée. On songea d'abord aux sels de baryte, mais ils sont tellemenl toxiques qu'il fallut y renoncer. On eut alors recours à la strontiane dont les préparations étaient considérées comme plus inoffensives. M. Laborde a même défendu à la tribune la cause des sels de strontiane, en citant toute une série d'expériences qui

(1) *Bulletin de l'Academie de médecine*, t. XVII, p. 134.

(2) Loi promulguée au *Journal officiel de la République française*, numéro du 12 juillet 1891.

tendaient à démontrer son innocuité parfaite (1). Toutefois, leur emploi pour le déplâtrage des vins a été condamné par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, à la suite d'un rapport de M. Riche; par l'Académie des sciences, sur un rapport de M. Duclaux (2), et par le Comité consultatif d'hygiène publique, à la suite d'un rapport de M. Gabriel Pouchet (3).

Sans se prononcer sur l'innocuité absolue ou relative des sels de strontium, ces chimistes ont fait remarquer qu'ils étaient le plus souvent mélangés à une petite quantité de sels de baryum qui sont toxiques, et que leur impureté deviendrait encore plus grande le jour où l'industrie les produirait en grande quantité, pour satisfaire aux besoins de l'industrie vinicole. Les rapporteurs ont insisté, de plus, sur ce fait qu'il est indispensable de réagir contre la tendance qui se manifeste de plus en plus et qui consiste à ajouter aux produits destinés à l'alimentation, des principes qui lui sont étrangers, dans un but plus ou moins avouable.

Cette tendance se manifeste surtout dans le commerce des vins. Nous avons vu à quels abus peut conduire la tolérance la plus inoffensive. La plupart des falsifications que nous avons passées en revue ne sont pas susceptibles de faire beaucoup de mal individuellement; mais leur association est redoutable, et dans la pratique c'est toujours ainsi qu'on les rencontre. A l'époque où nos vignes étaient ravagées par l'oïdium, le phylloxera, le mildew, on importait par nos frontières d'Espagne et d'Italie des mélanges véritablement toxiques. On vinait les gros vins d'Espagne avec des alcools allemands de la plus mauvaise qualité et, par conséquent, riches en alcools supérieurs, jusqu'à la limite de 16 p. 100 fixée par le traité de commerce; on y ajoutait de l'acide salicylique et on les faisait passer la frontière. Une fois en France, on les mouillait de façon à faire deux barriques d'une seule et on fraudait ainsi les droits; puis on les salicylait de nouveau; on y ajoutait une matière colorante quelconque, le plus souvent de la fuchsine, on y mettait un bouquet artificiel et on livrait au commerce ces dangereuses boissons, qui ajoutaient à l'ivrognerie les altérations graves des tissus de l'économie et en particulier du système nerveux qu'on observe à la suite de l'usage des alcools d'industrie de mauvaise qualité.

Je reviendrai plus tard sur les falsifications relatives à la bière et aux alcools.

Jules Rochard.

Traitement de quelques accidents saturnins

M. Weill (de Lyon), remettant en honneur une pratique autrefois préconisée par Citois dès 1616, a récemment conseillé de traiter la colique de plomb par l'huile d'olive administrée à la dose de un verre tous les jours, rarement deux, pendant quatre ou huit jours. Dès le premier jour de l'ingestion, les paroxysmes sont supprimés et il ne per-

---

(1) J.-V. Laborde : Etude expérimentale de l'action sur l'organisme des sels de strontium; de leur inocuité absolue et relative. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 21 juillet 1891, t. XXVI, p. 102.)

(2) Séance du 25 janvier 1892.

(3) Séance du 30 novembre 1891. (*Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique*, t. XXI, p. 668.)

siste que quelques douleurs sourdes, très supportables, qui disparaissent à leur tour le second ou le troisième jour, en même temps que la constipation commence à céder. La première selle est généralement très peu copieuse, mais, au bout de quarante-huit heures, il y a une véritable débâcle et la diarrhée s'établit rapidement.

L'huile agit aussi bien si on l'administre dès le début ou seulement après quelques jours.

Le seul inconvénient du traitement est que, quelquefois, les premiers verres sont vomis, mais il est rare que l'intolérance gastrique dure plus de deux jours. Il peut arriver aussi que, trois ou quatre heures après l'ingestion, le malade ressente une sensation de pesanteur sans nausée à l'estomac, mais elle est passagère et le phénomène reste sans influence sur l'évolution de la colique elle-même.

L'apparition de selles copieuses est le signal de la guérison définitive et les troubles nerveux associés à la colique, tels que : anesthésies, hyperesthésies cutanées et musculaires, tremblement, céphalée, disparaissent lorsque les douleurs spontanées ont cédé. Il en est de même pour la rétraction du foie et la dureté du pouls, et c'est à peine si les phénomènes se prolongent deux ou trois jours au plus après la cessation de la colique.

D'autre part, MM. Devic et Chatin ont recommandé l'antipyrine dans le traitement de la colique de plomb. Ils l ont administrée à trois malades à la dose de 4 grammes par jour et, dans deux cas, le résultat a été très satisfaisant. Dans les cas légers et moyens l'antypirine pourra être prescrite, car, généralement, bien qu'elle ait parfois aussi l'inconvénient d'être mal tolérée par l'estomac, elle ne soulève pas les mêmes répugnances que l'huile.

Le saturnisme chronique entraîne une anémie très notable qui est, du reste, traitée avantageusement par le fer. M. Peyron, en cherchant à combattre cette anémie, a recherché un contre-poison du plomb et est arrivé à trouver que le sulfure de sodium est le meilleur agent. Des expériences faites sur des chiens ont été très démonstratives. Deux de ces animaux reçoivent tous les deux, et tous les deux jours, 25 centigrammes de céruse; en outre, le chien A prend aussi tous les deux jours, mais en alternant avec la céruse, 35 centigrammes de sulfure de sodium. Le chien B, à partir du troisième jour, éprouve des coliques de plomb, souffre beaucoup, mange peu et maigrit rapidement; il meurt après avoir perdu 1 kilogramme de son poids. Le chien A, au contraire, qui reçoit le sulfure de sodium, engraisse, ne paraît pas souffrir et mange toujours de bon appétit; à la fin du traitement, il pèse 700 grammes de plus qu'au début. C'est surtout comme moyen prophylactique que le sulfure de sodium donnera de bons résultats en empêchant le plomb de se fixer dans l'aponévrose.

L'iodure de potassium est très employé dans l'intoxication plombique chronique. On a dit qu'il se formait de l'iodure de plomb qui était ensuite éliminé; mais cette explication n'est pas admissible; on a soutenu encore que le plomb passait à l'état de sels doubles, etc. En réalité, aucune de ces théories n'est soutenable, car les expériences de Dixon Maner lui ont prouvé que, lorsque les saturnins prennent de l'iodure alcalin, la quantité de plomb n'augmentait ni dans les fèces ni dans l'urine. Pouchet avait trouvé que l'iodure de potassium épuisait son action éliminatrice après six ou dix jours, mais la recouvrait lorsqu'on l'administrait de nouveau après un intervalle de deux à trois semaines. Ce fait a encore été contredit par les recherches de Dixon, et cet auteur est arrivé à cette conclusion que les bains et le massage sont les meilleures pratiques à conseiller pour augmenter dans des proportions considérables l'élimination du plomb.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Immunité et réceptivité vaccinales.

M. Hervieux lit, sur ce sujet, un mémoire que l'on peut résumer de la manière suivante :

L'immunité vaccinale naturelle est très rare dans l'espèce humaine ;

L'immunité n'est conférée par la vaccine qu'à dater du septième jour après l'inoculation. Faible à l'origine, elle n'atteint son maximum de puissance qu'au bout de dix, douze ou quinze jours ;

La période d'état de l'immunité vaccinale ne dure guère que sept ou huit ans. C'est au bout de huit à dix ans que commence la période de déclin ;

L'immunité due à une ou plusieurs revaccinations est d'autant moins durable que le sujet est plus jeune. Elle persiste d'autant plus que le sujet est plus âgé ;

Au point de vue des caractères de l'éruption, les revaccinations présentent des variétés qui correspondent aux différentes phases de la période d'état de l'immunité acquise, et qui ne sont autre chose que les degrés divers de l'évolution du bouton vaccinal classique ;

La durée de l'immunité variolique ne dépasse guère la durée de l'immunité vaccinale ; ce qui prouve la nécessité des revaccinations chez les variolés comme chez les vaccinés ;

Chez les sujets ni vaccinés ni variolés, la réceptivité originelle pour la vaccine est presque absolue ;

Chez les sujets vaccinés, la réceptivité, complètement disparue pendant plusieurs années après la première vaccination, se rétablit de manière à récupérer peu à peu sa force primitive ;

Chez les revaccinés, la réceptivité tend à reparaître au bout de quelques années, mais notablement amoindrie ;

Chez les variolés, la réceptivité vaccinale est susceptible de renaître comme chez les vaccinés, mais il n'est pas exact de dire, avec quelques auteurs, qu'elle soit constamment supérieure à celle des vaccinés.

Pour M. Hervieux, il n'y a pas de fausse vaccine, ce mot étant pris dans un sens littéral. Ce qu'on appelle fausse vaccine est de la vaccine vraie mal développée par suite du terrain ; on peut l'inoculer et elle produit alors une vaccine normale. Cette vaccination dite fausse confère l'immunité.

M. Guéniot fait remarquer que, jusqu'ici, la fausse vaccine avait été considérée comme ne vaccinant pas, la seule éruption préservatrice étant celle qui apparaît après une période d'incubation de quelques jours et dont les pustules évoluent régulièrement. Les statistiques actuelles qui rapportent les insuccès et les succès de la vaccination doivent être très sujettes à caution, puisque la plupart des médecins partagent l'opinion de M. Guéniot.

Contribution à l'étude de la chirurgie du rachis.

M. Delorme présente les observations de deux malades qu'il a traités chirurgicalement de lésions graves du rachis.

Le premier malade est un homme atteint de mal de Pott dorsal avec gibbosité, paralysie progressive des membres inférieurs, de la vessie et du rectum.

A l'ouverture du rachis, on trouva une pachyméningite qui fut traitée par le curage. Un abcès intra-osseux situé entre la moelle et la face profonde des corps vertébraux fut ouvert et curé. Dès le lendemain, retour de la sensibilité dans les membres inférieurs, la vessie et le rectum. La motilité n'a pas encore reparue.

Dans le second cas, il s'agissait d'un paraplégique, souffrant de vives douleurs rachidiennes et présentant des contractures intermittentes du membre supérieur droit. La température oscillait entre 38 et 39°, et on trouva des staphylocoques dans le sang. La laminectomie conduisit sur un foyer très étendu de pachyméningite que l'on cura attentivement. La mort se produisit quelques heures après l'opération, et on trouva, à l'autopsie, une méningo-myélite étendue, des lésions cérébrales et cardiaques.

Action du bicarbonate de soude sur la digestion

MM. Linassier et Lemoine ont pu constater que le bicarbonate de soude est à toutes les doses, même à celle de 10 grammes, un excitant de la sécrétion gastrique; cette excitation a pour premier effet la saturation de l'alcalinité.

Avec une dose faible, l'excitation se poursuit après neutralisation et provoque une augmentation passagère de la richesse du chyme en acide chlorhydrique.

Avec une dose moyenne, l'excitation est plus prolongée. Le maximum de la proportion d'acide est atteint assez lentement, mais est plus élevé.

Avec une dose forte, l'énergie sécrétoire de la cellule s'épuise à lutter contre l'alcalinité et, l'acidité une fois reconquise, l'excitation s'arrête et la proportion normale d'acide chlorhydrique peut ne pas être atteinte quand les aliments quittent l'estomac.

Les proportions maxima d'acide chlorhydrique sont atteintes après deux heures pour une dose de 0,50 de bicarbonate de soude, de trois heures pour une dose de 1 gramme, de quatre heures pour une dose de 5 grammes. Une heure avant le repas 1 gramme agit comme une dose faible; 5 grammes comme une dose moyenne; 10 grammes comme une dose forte. Au commencement du repas, 0,50 est une dose faible, 1 gramme une dose moyenne, 5 grammes une dose forte.

Les doses dont l'action excitante est le plus énergique sont donc celles de 1 gramme au moment du repas ou de 5 grammes une heure avant.

Le bicarbonate de soude, donné au moment du repas, suspend la sécrétion de la pepsine.

Dans le traitement de l'hyperchlorhydrie, si l'on veut éviter des phénomènes d'excitation, il faut donc recourir soit aux doses faibles répétées, soit aux doses massives. Des doses moyennes risquent de n'amener qu'une sédation temporaire, suivie d'une exacerbation des symptômes. Malheureusement, on ne peut établir quelles sont, dans le traitement de l'hyperchlorhydrie, les doses qui doivent être considérées comme faibles, moyennes ou massives, car il faut tenir compte de la quantité d'acide chlorhydrique contenue dans l'estomac au moment de l'ingestion du bicarbonate de soude, quantité qui varie beaucoup suivant les sujets.

Le carbonate de chaux semble agir à peu près comme le bicarbonate de soude; cependant, avec lui, il ne se produit pas d'acide à l'état libre. Comme c'est ce dernier qui cause surtout les phénomènes douloureux, le carbonate de chaux aurait peut-être quelque avantage sur le bicarbonate de soude, dans le traitement de l'hyperchlorhydrie.

L'action des alcalins se prolonge au delà du repas pendant lequel ils sont administrés; il y a excitation et prolongation notable de la sécrétion.

Les fermentations anormales sont favorisées par l'administration du bicarbonate de soude pendant toute la période qui sépare l'ingestion du retour à l'acidité normale. Celles-ci se prolongent parfois, même quand l'acidité est reconquise. Cependant les fermentations anormales semblent enrayées par le bicarbonate de soude, lorsque l'on administre de petites doses avant le repas.

Au point de vue thérapeutique, le bicarbonate de soude est essentiellement le médicament des états d'insuffisance de la sécrétion gastrique; il faut donc le donner quelque temps avant le repas.

Dans l'hyperchlorhydrie, il n'est qu'un palliatif qui risque d'aggraver la marche de la maladie en excitant une muqueuse déjà trop excitée. Il se pourrait que l'administration de l'acide chlorhydrique rendît plus de services en diminuant l'activité sécrétoire de la muqueuse.

Hémorrhagies et anévrysmes du cercle ciliaire dans l'ophtalmie sympathique.

M. Galezowski : L'ophtalmie sympathique n'est point une maladie microbienne et migratrice, comme le pensaient les auteurs allemands, mais elle est le résultat d'une irritation réflexe qui, des nerfs ciliaires de l'œil blessé ou atrophié, se transmet aux nerfs du cercle ciliaire de l'autre œil. Il en résulte des névrites des filets nerveux périphériques des nerfs ciliaires de l'œil sain, amenant des contractions des parois artérielles avec dilatation des veines ciliaires correspondantes, ce qui donne lieu à des hémorrhagies dans la choroïde, dans la rétine et dans le corps vitré.

L'ophtalmie sympathique se produit aussi bien à la suite d'une blessure que dans le cas d'ossification lente de la choroïde.

L'énucléation de l'œil perdu fait disparaître les accidents.

Dangers des locaux habités par les tuberculeux

M. Ducor : Un crachat projeté dans certaines parties d'un appartement peut s'y dessécher et res-ter virulent pendant plus de deux ans;

Suivant le degré de virulence ou d'atténuation, toutes choses égales d'ailleurs, l'absorption des poussières tuberculeuses peut donner lieu, soit à une tuberculose généralisée, soit à une tuberculose locale ou scrofulose d'emblée;

On ne saurait attacher trop d'importance à la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux, soit pour les malades eux-mêmes et pour leur entourage, soit pour les personnes qui doivent après eux occuper la même chambre ou le même appartement.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE (Province)

Le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de cinchonidine. — M. H. Villard a essayé le sulfate de cinchonidine chez un certain nombre de malades atteints de fièvres palustres contractées sur le littoral méditerranéen. Pour lui, ce médicament détermine la disparition des accès de fièvre intermittente tout aussi sûrement que les sels de quinine, et aux mêmes doses ; il a, de plus, une action très favorable contre l'anémie et les engorgements viscéraux du paludisme.

La disparition des accès survient le plus souvent dès le deuxième jour du traitement

quelquefois dès le premier, mais presque toujours un peu moins rapidement qu'avec les sels de quinine.

La dose de 1 gramme est, habituellement, amplement suffisante, mais on peut aller jusqu'à 1 gr. 20 et 1 gr. 50.

Les troubles physiologiques observés avec la cinchonidine seraient moins marqués et moins fréquents qu'avec la quinine.

Enfin, l'auteur fait remarquer que la modicité du prix du sulfate de cinchonidine rend ce médicament précieux et compense largement sa légère infériorité sur les sels de quinine, dont l'action est un peu plus rapide. (*Montpellier méd.*, 1893. Suppl. bimensuel, p. 257.)

Nouveau procédé pour l'ablation des cancers de l'amygdale par les voies artificielles. — M. Duret préconise le procédé suivant, qui donne beaucoup de jour et permet de ne sacrifier aucune portion du maxillaire :

Premier temps. — On fait une incision en forme d'U, dont on trace la branche antérieure en partant de la commissure labiale et en descendant verticalement à 2 centimètres en avant du bord antérieur du masséter, sur le corps du maxillaire. Au niveau de l'os hyoïde, on incurve en dehors l'incision, qui devient transversale; elle se recourbe une seconde fois derrière le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, pour remonter verticalement jusque derrière l'oreille.

Deuxième temps. — On taille le lambeau en reportant le couteau vers la commissure labiale et en coupant les chairs profondément dans la joue, tout en laissant intacte la, muqueuse. On agit de même sur les corps du maxillaire en allant jusqu'au périoste, qui est lui-même profondément incisé. Au cou, on sectionne les tissus sous-jacents à la peau le tissu cellulaire et le peaussier. Puis le lambeau est disséqué de bas en haut jusque derrière l'oreille; si on rencontre l'artère faciale ou la veine jugulaire externe, on les coupe entre deux ligatures.

Troisième temps. — L'aponévrose cervicale étant disséquée, on détache, avec les doigts et les ciseaux courbes, la masse ganglionnaire de bas en haut, de dehors en dedans et ensuite en arrière, en surveillant la veine jugulaire interne. Le doigt les poursuit jusque sous le maxillaire et extirpe, si cela est nécessaire, la glande sous-maxillaire.

Quatrième temps. — Avec le bistouri droit de Farabeuf, on coupe au ras du bord du maxillaire le tissu fibreux et le périoste. On décolle le ptérygoïdien interne avec le doigt et on poursuit le décollement un peu en dehors sous la parotide, de façon à bien dégager le bord postérieur du lambeau. Une forte sonde cannelée, engagée sous le maxillaire, au point où doit avoir lieu la section, perfore le cul-de-sac de la muqueuse buccale. Un stylet entraînant la scie à chaîne la remplace et l'os est coupé, selon la méthode ordinaire, à 2 centimètres en avant du masséter. La section de la muqueuse buccale est rapidement achevée à l'aide du bistouri.

Deux couteaux de Farabeuf sont placés sous la branche montante qu'un aide entraîne en haut et un peu en dehors, pendant qu'un autre aide écarte en dedans les parties molles de la joue. On aperçoit alors la partie la plus reculée du bord de la langue et tout l'isthme du gosier.

Cinquième temps. — On attire le bord de la langue en avant et en bas par une pince de Museaux. La loge amygdalienne et son contenu se présentent de face et on les saisit en travers avec une deuxième pince de Museaux. Incision au thermo-cautère concave en bas sur le voile et les piliers au-dessous du pôle supérieur de l'amygdale; incision concave en haut sous le pôle inférieur et sur le bord de la langue, s'il est altéré. Puis, la glande étant attirée plus en avant, incision rejoignant les deux premières, en arrière de

l'amygdale. Décollement de la face profonde de l'amygdale avec le doigt. Section au thermo-cautère de la muqueuse au devant de l'amygdale; hémostase.

Sixème temps. — On rabat le lambeau et on met deux points de fil d'argent sur les deux extrémités du maxillaire. Puis des points de suture au crin de Florence coaptent exactement les bords et la convexité du lambeau. En arrière, on ne suture pas, mais on laisse une large ouverture de décharge, à l'aide de laquelle on tamponne à la gaze iodoformée jusqu'au niveau de la plaie pharyngienne. Ou bien on y introduit un drain. soit de champ, soit en anse, passant sur la commissure labiale exactement refermée. Pansement. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1893, n°s 9 et 10.)

Nouveau procédé d'administration de la morphine. — M. Condamin préconise l'administration de la morphine par le rectum. On n'introduit à la fois que 1, 2 ou 3 centimètres cubes de liquide et toujours une aussi faible dose est tolérée, pénètre dans l'ampoule rectale, quelle que soit sa plénitude, et surtout est absorbée très rapidement dans un laps de temps variant de quatre à dix minutes. La tolérance est parfaite, la faculté d'absorption persiste autant qu'on le veut. La présence de matières fécales n'empêche en rien cette absorption.

La morphine injectée par la voie rectale agit peut-être un peu moins vite que celle administrée par une injection hypodermique, mais ses effets persistent plus longtemps. On peut expliquer ce fait en supposant que la morphine, absorbé en nature par les terminaisons de la veine porte, va se déposer sur le foie, d'où elle passe ensuite lentement dans la circulation générale. Une sonde à bout olivaire et une seringue de Pravaz sont les seuls instruments nécessaires. (*Soc. des sciences méd. de Lyon.*)

La valeur des injections sous-conjonctivales de sublimé. — M. Grand-Clément a employé ces injections dans des cas de kératite, d'iritis, d'irido-cyclite, de choroïdite et de rétinite. Dans la kératite parenchymateuse et dans la kératite par infiltration, l'effet thérapeutique est à peu près nul. Dans l'iritis et l'irido-cyclite, il peut, au contraire, être très favorable. La choroïdite atrophique, la rétinite pure ne sont pas améliorées.

Voici le manuel opératoire. Après cocaïnisation, on injecte dans le cul-de-sac conjonctival deux à quatre gouttes d'une solution à 1/1000e; on recommence trois à quatre fois. Après l'injection, il se produit une réaction locale (gonflement, larmoiement, conjonctivite purulente) qui disparaît en trente-six à quarante-huit heures; d'autres fois, elle est beaucoup plus vive et d'une durée plus longue. (*Soc. des sciences méd. de Lyon.*)

Traitement de la cholérine infantile. — M. Rémy vante le traitement de la cholérine infantile par la diète hydrique absolue. On choisit une eau légèrement alcaline et gazeuse que l'on administre à petites doses fractionnées, mais répétées jusqu'à la quantité nécessaire pour enrayer la maladie; on doit en même temps supprimer toute alimentation pendant huit, dix, quatorze, dix-neuf heures, selon l'état de l'enfant. L'eau remplit toutes les indications fournies par la cholérine; elle étanche la soif du malade, rend au sang sa composition normale, relève la force du cœur et la pression sanguine et rétablit la circulation rénale. Il faut user de la plus grande prudence quand il s'agit d'alimenter à nouveau l'enfant. (*Soc. de méd. de Nancy.*)

Parasite du favus du chien. — M. Subrazès a inoculé le favus du chien à l'homme; il n'a obtenu qu'une seule fois une plaque de godets typiques. Le plus souvent cette inoculation n'a été suivie que de la production d'érythème circiné favique reconnaissable à la forme qu'affecte le champignon qui est purement filamenteux et irradié. Les coupes

et les rétro-cultures sur milieux variés ont donné le parasite primitif que les passages successifs sur la souris et sur l'homme n'ont nullement modifié. Le parasite peut-être différencié de celui des poules et de celui que l'on rencontre habituellement chez l'homme. C'est un oospora (*Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux.*)

CORRESPONDANCE

Mon très éminent confrère,

Permettez à l'un de vos anciens abonnés de vous faire part de la feuille des contributions que je viens de recevoir (à propos de l'article que vous publiez en tête de votre numéro du 25 mars). L'an dernier, pour un loyer de 4,800 francs, je payais 820 fr. 20 patente comprise. Cette année, je suis imposé à 996 fr. 89, soit 176 fr. 69 d'augmentation. Inutile d'ajouter aucun commentaire !

Tous mes confrères devraient vous dire ce qu'ils payent en plus.

Toutes mes meilleures salutations confraternelles.

Dr X...

COURRIER

C'est aujourd'hui, jeudi saint, que les eaux de l'Avre vont faire leur entrée solennelle dans le premier compartiment, le seul construit, du reste, du réservoir de Saint-Cloud. L'écluse sera ouverte devant tout le conseil municipal réuni, et le champagne coulera en même temps que cette eau qu'on nous a promise si pure.

Un journal de médecine pour les femmes. — Il se publie à Toledo, aux Etats-Unis, sous la direction du docteur ou de la doctoresse E.-M. Roys Gavitt, un journal qui, selon son titre, *The Woman's medical Journal*, est consacré aux intérêts des femmes médecins (*Rev. scient.*).

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 1re classe Palmade est nommé professeur de pathologie exotique et d'hygiène navale à l'Ecole-annexe de médecine navale de Rochefort.

M. le médecin de 2e classe Martel embarque sur l'*Isère*.

M. le médecin de 2e classe Martin, provenant du Sénégal, est affecté au port de Brest.

La démission de son grade, offerte par M. le médecin de 2e classe de la marine Corolleur, a été acceptée.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

Les recherches récentes sur le microbe du chancre mou.

Les inoculations expérimentales ont permis d'étudier dans toutes ses phases l'évolution du chancre mou; elles ont permis de le séparer de toutes les autres affections avec lesquelles on le confondait; elles ont, enfin, définitivement démontré qu'il doit être regardé comme une maladie microbienne.

Mais si l'histoire clinique du chancre mou est achevée, si l'on sait bien aujourd'hui, — longtemps après la grande querelle des unicistes et des dualistes. longtemps après les belles recherches de Bassereau, — qu'il s'agit là d'une affection nettement délimitée, que personne ne confond plus avec la syphilis ni avec la blennorrhagie, la cause même de cette affection, le micro-organisme qui la produit, ne sont pas encore parfaitement connus.

En effet, les recherches récentes sur le microbe du chancre mou n'ont pas encore donné tout ce qu'on peut, d'ailleurs avec confiance, attendre d'elles. Cependant, le microbe a été surpris (qu'on nous passe l'expresion) en flagrant délit dans la profondeur des tissus en voie de destruction. Il ne manque plus, pour établir définitivement sa culpabilité, que d'en faire des cultures capables de reproduire par inoculation les mêmes lésions.

Ce sont ces intéressantes recherches que nous voulons étudier en détail.

FEUILLETON

Chèvres d'Europe et baisers d'Amérique. — La canne d'Hercule.

Est-ce l'aurore d'une ère de paix et de sécurité qui va se lever sur la race martyre? Le lapin (*cuniculus vivisectus*) va-t il faire place bientôt, dans nos laboratoires, à la gracieuse descendance d'Amalthée? La gent inexorable des expérimentateurs était restée sourde au petit « *couic* » strident et désespéré qu'arrachent les morsures de l'acier à l'animal-gibelotte, même lorsqu'il a été réduit à sa protubérance annulaire; en sera-t-il de même en présence du bêlement cristallin, devant le regard humide si plaintif des pauvres chèvres et de leurs grands yeux d'or vert si doux! On ne saurait rien conclure de quelques tentatives encore isolées; mais le glas funèbre n'en a pas moins sonné déjà et, à n'en pas douter, une menace est dans l'air; la liste de proscriptions est ouverte!

Cela éclata, il y a trois ans, comme un coup de foudre. Le sang de chèvre avait été proclamé, soudain, remède infaillible contre le bacille de Koch, qui depuis.... Rome,

La doctrine parasitaire du chancre mou est très ancienne, mais nous ne ferons que rappeler les insectes décrits par Hauptmann au XVIIe siècle, les petits vers que Didier avait découverts dans l'ulcération chancreuse, et, plus près de nous, le vibrio lineola de Donné, le crypta syphilitica de Salisbury, etc., etc.

Nous ne ferons également que citer les recherches de Ferrari, Morisow, Krestling, Mannino, etc. Celui-ci avait cependant, en 1885, dans une étude sur la pathogénie du bubon qui accompagne le chancre mou, signalé des bacilles qu'il avait trouvés dans le pus de l'ulcération, du moins tant que ce pus était virulent, à côté de très nombreux cocci analogues aux cocci pyogènes.

En 1886, de Luca (de Catane) crut avoir isolé et cultivé le microbe du chancre mou (1). Ayant ensemencé du pus de l'ulcération sur gélatine, il obtint des colonies grisâtres, jaune verdâtre, roussâtres et blanches. Ces colonies inoculées reproduisirent le chancre mou. Elles étaient formées de cocci particuliers et de microbes vulgaires. Les cocci sont, pour de Luca, les véritables micro-organismes du chancre mou. Leurs dimensions sont de 0 μ 5 à 0 μ 6. Ils sont isolés ou groupés en zooglées, quelquefois aussi en chaînettes ou en diplocoques. Ils se développent bien dans la gélatine, mieux encore sur le sérum, et aussi sur la pomme de terre, dans du liquide ascitique, etc.; ils poussent à la température ordinaire, mais leur culture est plus rapide entre 28° et 38°; ils sont aérobies.

Dans les parties blanches des cultures, le micro-organisme était très abondant; dans les parties jaunâtres et grisâtres, on trouvait aussi des bacilles, le staphylocoque et le streptocoque.

Le micrococcus spécial du chancre mou déterminerait, d'après de Luca, la nécrobiose progressive des tissus.

Les autres microbes produiraient l'état inflammatoire et seraient les auteurs ordinaires de l'adénite concomitante. Il y aurait alors une adénite simple. Si le *micrococcus ulceris* parvenait avec eux dans le ganglion, le bubon chancreux se produirait. Mais le micrococcus ulceris est aérobie; aussi le pus du bubon ne prendrait-il les caractères du pus chancreux que 24 ou 48 heures après l'ouverture du foyer.

(1) *Gaz. degli ospitali*, nos 38-41.

---

alors, admirait ses vertus. Ce sang devait être le rachat de l'humanité tuberculeuse. N'était-ce qu'une illusion? Peut-être l'appareil compliqué de cette vivisection en partie double, où le tuberculeux jouait son rôle, est-il seul responsable de l'ombre qui semble s'être épaissie, jusqu'à l'opacité des ténèbres, autour de la méthode? Toujours est-il qu'on ne transfuse plus. La « chair coulante » de l'animal réfractaire à la phtisie restera dans ses vaisseaux; aussi bien on s'était trompé : le salut n'était pas là. Il est, — disons plus prudemment : il serait — dans un liquide beaucoup moins noble, assez *conspué* jusqu'à présent, presque difficile à désigner décemment en dehors de l'enceinte des Sociétés savantes, et que je serai pourtant obligé d'appeler par son nom, car la gravité de mon sujet et du journal m'empêche même de me servir de l'onomatopée charmante, du gazouillis délicieux dont les enfants l'ont baptisé par euphémisme.

Donc, l'urine des chèvres contiendrait une substance qui serait la cause de l'immunité dont jouissent ces animaux à l'égard de la tuberculose. Rassurez-vous vite, cher confrère qui me lisez, il n'est pas et nous allons voir qu'il ne peut pas être question de nous mettre dans la honteuse nécessité de prescrire en potion ledit liquide; l'acide succinique (tel est le nom très vieux et désormais illustre du corps dont il s'agit) ne saurait être administré ainsi, car, à peine ingéré, il se transforme immédiatement en eau et acide

Malgré le succès de ses cultures et de ses inoculations, de Luca n'avait certainement pas isolé le microbe du chancre mou. Son *micrococcus ulceris* n'est qu'un coccus vulgaire, et si les inoculations qu'il a faites avec ses cultures ont été positives, c'est sans doute qu'il reprenait sur sa lancette l'agent pathogène véritable qu'il avait déposé sur la gélatine en même temps que les micococci.

Les travaux de Ducrey ont réellement ouvert la phase des recherches sérieuses sur le microbe du chancre mou (1). Ducrey n'a pu obtenir, comme de Luca, des colonies de micrococques capables de reproduire l'affection chez l'homme par inoculation. Il a cherché alors à obtenir l'isolement du microbe spécial au moyen d'inoculations en séries, pratiquées sur la peau de l'homme, et en se plaçant dans des conditions d'asepsie aussi rigoureuse que possible. Dans le chancre d'origine et dans les premières inoculations, on trouve une quantité considérable de microbes d'espèces diverses. Mais cette quantité diminue peu à peu dans les pustules suivantes, et, vers la cinquième ou sixième génération, on a un liquide purulent qui, « tout en conservant toujours au plus haut degré sa virulence naturelle et en restant toujours susceptible de reproduire à volonté le chancre mou absolument caractéristique », ne donne de culture sur aucun des milieux artificiels connus.

Le liquide du chancre mou était donc débarrassé, pour ainsi dire, de tous les micro-organismes vulgaires qui masquaient l'agent spécifique. En examinant ce pus, Ducrey constata l'existence, à l'état pur, d'un bacille gros et court, à extrémités arrondies, présentant le plus souvent un léger amincissement sur sa partie médiane, ce qui lui donne quelquefois l'aspect d'un microbe en 8 de chiffre.

La longueur de ce bacille est de 1 μ 48, et sa largeur de 0 μ 50. On en trouve çà et là des groupes de 5 à 8, et ils sont plus ou moins abondants dans une préparation. Ils sont disséminés entre les cellules : quelques-uns sont cependant dans le protoplasma.

Ils se colorent bien par la fuchsine, le violet de méthyle, le violet de gentiane, mais ils se décolorent très facilement par l'alcool. Ils ne se colorent pas par les méthodes de Gram et de Kühne.

(1) *Giorn. ital. dell mal. vener.* décembre 1889. — Congrès de dermatologie de Paris, 1889.

carbonique. Mais cette difficulté n'est insurmontable qu'en apparence. L'organisme qui détruit, en un clin d'œil, l'acide succinique, quand on le lui présente tout fait, sera chargé de le fabriquer lui-même. C'est très simple, comme vous le voyez; simple à la manière de l'œuf de Christophe Colomb : il suffisait de le trouver.

Pour réaliser cette synthèse dans l'intimité de leurs tissus, les tuberculeux s'y prendront malheureusement d'une assez prosaïque façon. Ce n'est point les bourgeons soyeux des ronces, les houpettes succulentes des ajoncs fleuris d'or qu'il leur faudra cueillir à travers les sentiers abrupts et parfumés. Hélas! non. Il leur suffira tout bonnement d'ingurgiter chaque jour le plat suivant : 250 grammes de viande crue, assaisonnée de 50 grammes de graisse, et relevée de 1 gramme d'acide benzoïque et de 1 gramme de bimalate de chaux. On ajoute au mélange 1 gramme de pepsine, quand on n'est pas sûr de l'estomac du malade. Cette dernière précaution ne paraît pas superflue.

Il reste à savoir si tout cela produit réellement de l'acide succinique dans l'économie et si la chèvre est véritablement réfractaire à la tuberculose. Quelques esprits chagrins ont élevé des doutes sur ces deux points. Félicitons-nous qu'on n'en ait pas formulé d'autres sur ce troisième. L'acide succinique guérit-il vraiment la phtisie? Que penseriez-vous, à ce sujet, d'une vaste enquête qui rechercherait les proportions respectives

Tel est le micro-organisme que Ducrey considère comme l'agent pathogène du chancre mou.

Pendant quelque temps, on ne publia aucune nouvelle recherche sur ce sujet. Welander (1), cependant, avait trouvé, dans les pustules d'inoculation de chancre mou, des bacilles analogues à ceux que Ducrey avait décrits; mais il ne leur accordait qu'une faible importance pathogénique. A cette même époque, R. Krefting (2), chef de clinique des maladies cutanées à l'Université de Christiania, publia les résultats de recherches qu'il avait entreprises depuis déjà longtemps. Dans tous les cas qu'il examina, il retrouva la bactérie décrite par Ducrey; elle existait toujours dans les pustules d'inoculation en séries.

Ducrey avait tenté en vain de cultiver son bacille. Il avait employé successivement les bouillons de viande, la gélatine, le sérum de bœuf, le sérum humain, l'agar, l'agar glycériné, le lait, l'urine, l'urine diabétique, la décoction d'orge, la pomme de terre, l'œuf, etc. Dans ces différents milieux, rien n'avait poussé; il avait fait ses cultures à des températures variant entre 18° et 37°; il avait essayé des cultures anaérobies; rien n'avait réussi. Krefting a confirmé ces résultats négatifs.

On n'avait pas jusque-là réussi à démontrer la présence de microbes dans des coupes de chancre mou. Unna (3) vint combler cette lacune, grâce à un procédé spécial de décoloration par le styrone ou éther de glycérine. Le 9 juin 1892, M. Pusey vint présenter à la Société de dermatologie, au nom d'Unna, des préparations dans lesquelles on voyait en très grand nombre dans les tissus ulcérés, et aussi entre les éléments des tissus environnants, des chaînettes de trois, quatre, cinq bacilles, et quelquefois davantage. Ce streptobacille occupait très nettement les espaces intercellulaires, les espaces lymphatiques; il n'y avait pas de bacilles dans le protoplasma des cellules migratrices.

Unna ne fut pas plus heureux dans ses essais de culture que ne l'avaient été Ducrey et Krefting. La preuve absolue qu'il s'agissait bien là du micro-organisme spécifique du chancre mou manquait donc. Néanmoins Unna crut pouvoir être très affirmatif sur la

(1) *Archiv. f. derm. und Syph. 1891.*
(2) *Nordiskt medicinskt arkiv 1891.*
(3) Société de dermatologie, 9 juin 1882.

des bacillaires chez les fumeurs, selon que leurs pipes et brûle-cigares sont munis ou non de tuyaux en ambre?

Non moins retentissante, et, à mon avis, plus menaçante encore pour les cabris, a été une autre communication récemment faites à l'Académie des sciences. Ce n'est plus de médecins, cette fois, c'est — *horresco referens* — de physiologistes qu'il s'agit. On a essayé (dégustez, je vous prie, cette périphrase avec toute la délicatesse qu'elle mérite), on a essayé de « déterminer exactement la dose de morphine toxique pour la chèvre ». On n'y a pas réussi, « malgré des essais nombreux ». Les malheureuses qui ont subi ces tentatives ont supporté jusqu'à 45 centigrammes du poison par kilogramme de leur poids! Trois d'entre elles ont absorbé, sans sourciller, les doses suffisantes pour faire dormir 400, 425 et 975 hommes, l'équipage d'un ancien vaisseau à trois ponts! Et c'est cela, justement, qui me fait trembler pour l'avenir de ces infortunés mammifères; ils portent la marque, ils offrent le critérium de l'animal de laboratoire; ils sont réfractaires à un poison! Le lapin ne mange-t-il pas impunément la belladone?

Que Jupiter, en souvenir de sa blanche nourrice aux cornes d'argent, détourne ce présage, veille sur elles et les délivre de tout mal.

Pour découvrir le côté plaisant des faits qui précèdent, il fallait, je l'avoue, déployer

valeur pathogénique de son streptobacille. Il s'appuyait, d'ailleurs, sur plusieurs très bonnes raisons : 1° sur la profusion du microbe dans les tissus malades; 2° sur l'absence de tout autre micro-organisme au niveau de ces tissus; 3° sur le mode de distribution du streptobacille rendant compte exactement de la variété d'ulcération qui caractérise le chancre mou; 4° sur le mode tout particulier de développement que l'on n'a constaté jusqu'ici dans aucune autre espèce microbienne; 5° enfin, sur l'identité du streptobacille qu'il a rencontré, sans aucune exception, dans tous les cas de chancres mous typiques et récents qu'il a examinés.

MM. Quinquaud et Nicolle (1) ont, eux aussi, vu d'une façon très nette le streptobacille qu'avait décrit Unna. En décolorant les coupes avec un mélange d'huile d'aniline et de xylol, ou bien en fixant fortement les couleurs sur les coupes au moyen d'une solution de tannin au dixième (2), on arrive facilement à rendre très évidents les streptobacilles.

Krefting (3) emploie, comme décolorant, le mélange d'huile d'aniline et de xylol; d'après lui l'éther de glycérine, dont se sert Unna, serait trop énergique et décolore quelquefois trop les coupes.

Voici comment cet auteur décrit l'aspect que présentent ces coupes quand elles sont bien préparées : « On voit des bacilles en plus ou moins grand nombre tapisser les bords de la plaie, et, dans beaucoup d'endroits, pénétrer au travers d'une zone d'un tissu infiltré de cellules rondes, jusque dans les parties saines. Comme le dit Unna, ces bacilles sont, le plus souvent, placés en chaînes plus ou moins longues, mais on peut cependant les distinguer comme de petits bâtonnets. Il est rare de pouvoir distingner les extrémités arrondies sur les coupes comme dans le liquide du chancre mou. Sur les coupes, les bacilles se colorent moins fortement au centre et ils sont quelquefois très rétrécis à ce niveau. Ils forment souvent des tas plus ou moins grands de chaînes étendues à côté l'une de l'autre, et paraissent alors être placés entre les cellules. A la

(1) Société de dermatologie, juillet 1892.

(2) Nicolle : *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892.

(3) *Annales de dermatologie*, février 1893.

---

quelque bonne volonté. Il en faudrait beaucoup plus pour trouver un côté sérieux à ce qui va suivre.

Est-ce les lauriers que « l'Illinois » se prépare qui ont empêcher « l'Ohio » de dormir? On dirait que « Cincinnati » a voulu, d'emblée, monter plus haut que « Chicago » et détourner, d'un seul coup, à son profit, l'attention du monde entier. Donc, un médecin des grands lacs (il ne s'appelle point Lemice-Terrieux, et il a donné à son idée la forme auguste d'un projet de loi) prétend supprimer, au nom de l'hygiène, le baiser, source de contage. L'exposé des motifs, le texte des articles seraient infiniment joyeux à connaître. Ils n'ont pas encore, à mon grand regret, traversé l'Atlantique, et le fin régal de cette lecture nous est refusé.

A travers les souvenirs brouillés. enchevêtrés, indistincts d'anciennes lectures dévorées en hâte, — au collège, la tête sous le pupitre; plus tard, dans une chambre d'étudiant, entre deux chapitres ardus de Cruveilher ou de Sappey; naguère encore, dans la caisse étroite d'un wagon, où les pages défilent sous les yeux avec la rapidité, qu'on dirait contagieuse, des paysages à peine aperçus, — à travers ce chaos des romans confondus pêle-mêle dans la mémoire, vous revient-il quelques-uns de ces clichés qui nous ont procuré tant de douce gaieté? Vous rappelez-vous « les poisons brisant les vases qui les

limite des tissus qui ne sont pas encore attaqués, on voit les microbes former surtout des ramifications courant souvent parallèlement en suivant les voies lymphatiques. »

Une question se pose immédiatement : le bacille de Ducrey est-il le même que celui d'Unna ? On remarque, en lisant les descriptions de ces auteurs et en examinant des préparations telles qu'ils les ont faites eux-mêmes, des différences, assez légères il est vrai, mais néanmoins assez nettes et sur lesquelles, d'ailleurs, Unna a insisté. Tout d'abord, Ducrey a décrit un bacille disséminé çà et là, quelquefois réunis par groupes de six ou huit, mais non un streptobacille ; si les microbes des deux auteurs sont identiques, la forme en chaînette ne serait pas absolument constante.

D'autre part, dans les coupes, on ne distingue pas l'extrémité arrondie des bacilles, détail sur lequel Ducrey et Krefting ont insisté. Enfin, et c'est peut-être la différence la plus marquée, Ducrey et Krefting ont vu leur bacille occuper quelquefois le protoplasma de cellules migratrices. Jamais, d'après Unna, le streptobacille ne serait intra-cellulaire.

Malgré ces différences, il est très vraisemblable que les deux microbes sont les mêmes. C'est l'opinion qu'ont exprimée tous ceux qui, après avoir vu les préparations de Ducrey au congrès de dermatologie de 1889, ont examiné celles que M. Pusey avait apportées à la société de dermatologie au nom d'Unna, au mois de juin 1892. C'est aussi l'opinion de Krefting qui fait remarquer que les quelques différences qui existent tiennent surtout à la différence des milieux où l'on prend le bacille : le liquide chancreux d'une part, et de l'autre les tissus.

« Les recherches d'Unna, ajoute Krefting, ont renforcé les recherches de Ducrey et les miennes, car l'identité de ces microbes doit être considérée comme indubitable. »

De toutes ces recherches, peut-on tirer quelques applications pratiques ? Il est pour toute affection extrêmement important de connaître exactement les causes qui la produisent. Mais l'examen bactériologique peut avoir, dans quelques cas, une utilité plus immédiate en apportant à la clinique une aide puissante. Le diagnostic de chancre mou n'est pas toujours facile à faire, et il peut exister des circonstances où l'on ait absolument besoin d'avoir un diagnostic certain. Si l'on joint alors à l'examen anatomo pathologique, tel qu'il a été si bien exposé par Balzer (fibres élastiques dans les détritus des tissus ulcérés), à l'examen bactériologique, on pourra arriver à poser avec certitude

---

renferment »? Voyez-vous encore « les mains glacées et visqueuses comme celles des serpents »? Auriez-vous oublié ceci, qui fait froid dans le dos : « Il y a des baisiers qui tuent ! » Nous avons tort de rire, puisqu'il paraît que c'est vrai..... en Amérique ; dans « l'Ohio » tout au moins.

Pour en défendre ses concitoyens, le législateur-médecin, dans l'impossibilité de faire un diagnostic précis, supprime à la fois tous les baisers : ceux qui tuent et ceux qui font vivre. J'entends ceux qui font le charme et la poésie, la douceur et la bonté de la vie ; car pour ceux qui la donnent je veux croire que notre confrère de là-bas n'a même pas songé à les frapper. Fût-ce devant devant une Sénat, le sort du projet ne serait pas douteux. Et pourtant, au point de vue du contage !... C'est donc seulement les autres qu'il veut atteindre.

Fraîches jeunes filles qui vous donnez le bonjour sur les lèvres, vous seriez désormais condamnées au rude et banal *shake-hands*. Et vous, jolies moues des bébés aux lèvres de corail, si gentiment tendues au devant de leurs idéales petites frimousses roses, vous ne feriez plus la joie de nos yeux ! Et les vieilles faces, tant aimantes, des grands-pères seraient, hélas ! sevrées du cher contact de ces bons petits becs humides !

Non, je veux m'en persuader, ce n'est pas ces baisers des pères et des sœurs qu'il est

un diagnostic qui serait peut-être toujours resté en suspens. C'est enfin l'examen bactériologique qui réglera d'une façon définitive la question encore discutée de la virulence du bubon chancreux.

Nous exposerons dans un article ultérieur les recherches récentes sur ce dernier et si intéressant problème.

L. Fournier,
Interne des hôpitaux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1893. — Présidence de M. Périer.

Pathogénie et traitement du tétanos..

Continuant la discussion qui s'est ouverte à propos de la dernière communication de M. Verneuil sur la pathogénie du tétanos, M. Schwartz apporte quatre observations de tétanos qu'il a pu recueillir dans ces deux dernières années.

Trois d'entre elles se rapportent à des charretiers, et, dans la quatrième, il s'agit d'un enfant de 12 ans qui s'était blessé dans les chantiers du chemin de fer de Sceaux en travaillant au transport des terres; deux des charretiers frappés de tétanos avaient eu également des plaies contuses par écrasement souillées par de la terre chargée de débris organiques; le troisième seulement s'était blessé à la main avec un crochet; l'origine tellurique du tétanos à pu donc, dans trois cas au moins, être invoquée avec toute vraisemblance.

Pour ce qui est du traitement, M. Schwartz a fait, quatre jours après l'accident, l'amputation de l'avant-bras chez son premier malade, qui présentait à la main gauche des fractures comminutives des métacarpiens, avec sphacèle étendu des téguments, et qui avait, en outre, une plaie contuse de la face. Les premiers signes du tétanos se sont ma-

---

question d'interdire, mais seulement ces baisers, indifférents pour ne pas dire plus, de l'étranger vers qui on pousse les chérubins, avec la traditionnelle formule : « Va embrasser ce Monsieur, chéri. » Ceux-là, je les regretterais moins, mais croyez qu'à part d'infimes exceptions, le « Monsieur » et le « chéri » s'en défendent fort bien eux-mêmes. L'histoire que je vais vous dire est authentique, mille témoins pourraient le certifier. Une mère priait son enfant de donner à quelque ami la preuve d'affectueuse politesse dont nous parlons. Le bambin s'y refusait absolument, opposant à tout : conseils, caresses, reproches, la force d'inertie de sa muette immobilité. A la fin, désirant couper court à toute sollicitation, il articula un seul mot, sonore, bref, précis, d'une énergique netteté; vous eussiez dit Cambronne enfant. Sur quoi la mère fit ainsi sa retraite : « Excusez-le, Monsieur, il est *encore* un peu timide. »

Certes, tous nos bébés ne poussent pas la timidité aussi loin, mais combien en avez-vous vus qui savent à propos baisser le front, pour offrir seulement leurs cheveux aux lèvres qui ne sont pas celles des très aimés. Et, d'un autre côté, ne savons-nous pas tous, par expérience, combien souvent « le Monsieur », peu attiré par le petit museau pas assez net, zébré de traces de confitures que la langue n'a pu atteindre et que panachent, trop souvent, des produits élaborés, à n'en pas douter, tout au fin fond de l'eth-

nifestés trois jours plus tard. et, malgré l'emploi du chloral et de la morphine à hautes doses, le malade a succombé au troisième jour.

Le second malade a été traité simultanément par le chloral et la morphine, et par les injections hypodermiques d'eau phéniquée au cinquantième, suivant la méthode de Baccelli ; la guérison est survenue en trois semaines, après une amélioration progressive.

Les deux autres malades de M. Schwartz ont été soumis aux injections de sérum antitoxique. Chez l'un, les injections ont été faites par M. Roux dès le troisième jour qui a suivi l'apparition des premiers symptômes, en même temps que l'on continuait l'emploi du chloral et de la morphine, qui avaient été prescrits dès le premier jour; le malade a guéri. Dans l'autre cas, la médication antitoxique a été appliquée dès le début des accidents tétaniques, et, malgré une légère amélioration qui avait semblé se produire, la mort est survenue au troisième jour.

On ne saurait évidemment conclure en faveur de l'efficacité des injections de Baccelli, d'après la deuxième observation de M. Schwartz, puisqu'on a donné simultanément le chloral et la morphine suivant le procédé classique.

En ce qui concerne les effets du sérum antitoxique, M. Schwartz insiste sur la parfaite innocuité des injections, et, devant l'insuccès complet obtenu chez son dernier malade, il se demande si, en présence d'une plaie suspecte, on ne devrait pas, dans des cas de ce genre, faire immédiatement des injections préventives, comme il l'a fait récemment, avec succès, chez un blessé qui travaillait dans le même chantier qu'un des tétaniques dont il vient d'être question, et qui s'était fait une plaie contuse souillée par la terre de ce chantier.

— Revenant sur les faits dont il a parlé dans la dernière séance au sujet de la rareté du tétanos dans les écoles vétérinaires, M. Terrier donne lecture d'une lettre qu'il a reçue, à ce propos, de M. Nocard. L'opinion de ce dernier ne s'est pas modifiée au sujet de la pathogénie du tétanos, et il croit plus que jamais à l'origine tellurique de la maladie, tout en admettant que le cheval peut, aussi bien que les herbivores en général, servir de véhicule aux germes infectieux.

— M. Verneuil vient communiquer le résumé d'observations recueillies à Givet par M. Beugnez, au point de vue de la pathogénie du tétanos. Depuis vingt ans, il n'y a pas eu un seul cas de tétanos dans une partie de la ville, tandis que, dans un autre quar-

---

moïde, manœuvre pour n'exposer, lui aussi, ses lèvres qu'au frôlement des boucles blondes?

Surveillons nos enfants, ne les laissons embrasser qu'à bon escient, réagissons plutôt, si vous le voulez, contre la banalité suspecte des embrassades; un peu de vigilance suffit à notre sécurité, mais des lois en cette matière, n'est-ce pas vraiment trop fin de siècle? Et quelle sanction et quelles preuves des infractions qui y seraient faites? Tout est danger, du reste, et l'on n'oserait même plus renfoncer l'insulte dans la gorge du pâle gredin qui vous la lance, car ses dents peuvent inoculer le poing qui les aura brisées.

Il ne faut pas faire de l'hygiène une niaiserie. N'en est-ce pas une encore, et des plus glorieuses, que cette fameuse canne du poids de cinq kilogrammes, récemment imaginée, et dont le port est devenu du dernier chic. Vous voyez d'ici les prospectus : La gymnastique à la portée de tous — les haltères dans la rue — traitement de la goutte et du diabète facile à suivre (surtout en voyage), mais pas secret, par exemple : on doit difficilement passer inaperçu avec cet appendice de tambour-major sous le bras!

tier où il existe un grand nombre de tanneries, M. Beugnez a pu en observer cinq cas.

Dans un de ces cas, M. Verneuil fait remarquer qu'il y a une certaine analogie avec le fait de M. Diderlen, qu'il a rapporté dans une séance précédente. Il s'agissait, en effet, d'une femme qui habitait le quartier des tanneries, et qui s'était fait avorter peu de temps auparavant; elle fut prise brusquement de trismus et d'opisthotonos et mourut le soir même.

M. Verneuil insiste sur le tort que l'on a de laisser livrer aux tanneurs les peaux de chevaux morts de tétanos, alors que l'on prend tant de précautions vis-à-vis des animaux charbonneux. C'est ainsi que les peaux peuvent devenir le point de départ de la création de centres tétanigères, dont les détritus sont ensuite disséminés par les eaux.

M. Beugnez, dans son travail, signale un cas intéressant qui est en faveur de la théorie équine; c'est celui d'un pharmacien qui, blessé au poignet par un éclat de verre, et pansé par un vétérinaire, fut pris de tétanos et mourut en quatre jours.

M. Verneuil, en terminant son rapport, fait observer qu'on l'a accusé bien à tort d'être exclusif dans les idées qu'il a émises au sujet de la pathogénie du tétanos; il admet, en effet, dans certains cas, l'origine tellurique pure, aussi bien que l'origine interhumaine et l'origine équine.

Rupture des voies biliaires; intervention tardive; guérison

M. Routier lit un rapport sur une observation que M. Michaux a adressée à la société sous ce titre. Il s'agissait d'un charretier tombé de son tombereau, dont les roues lui avaient passé sur le corps, au niveau de la partie inférieure du thorax.

Le lendemain de l'accident, la région hépatique était le siège d'une vive douleur, l'abdomen ballonné, le pouls petit et fréquent, le facies altéré.

Les jours suivants, une broncho-pneumonie envahit la base du poumon droit, et l'état général devient si grave que M. Michaux hésite à tenter une intervention, bien qu'il soupçonne une rupture des voies biliaires.

Ce n'est qu'au bout de 17 jours que, l'état du thorax s'étant amélioré notablement, on fait la laparatomie, qui donne issue à 300 grammes de bile. Le péritoine est couvert de fausses membranes, et les adhérences intestinales ne permettent pas de remonter vers la région de la vésicule biliaire, dont la rupture a dû donner lieu à l'épanchement de bile. M. Michaux se borne donc à diriger vers la vésicule un gros drain par lequel il fait passer deux litres d'eau boriquée.

Les suites opératoires furent des plus simples; une fistule biliaire persista pendant trois mois et se ferma spontanément; la guérison était complète.

M. Thoux lit une observation de hernie inguinale congénitale étranglée; il a fait la kélotomiè et une cure radicale sans extirpation du sac; il a obtenu une guérison primitive, mais il y a eu récidive au bout de quelque temps.

Présentation de malades

M. Hartmann présente une malade chez laquelle il a réduit, un mois après sa production, une luxation obturatrice spontanée de la hanche, survenue à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu.

M. Desnos présente des pièces destinées à montrer l'action de l'électrolyse sur l'urèthre du chien.

Eugène Rochard.

BIBLIOTHÈQUE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA RESPIRATION, etc., par M. le docteur DE SAINT-MARTIN. Paris, O. Doin, éditeur, 1893.

Ce livre, très documenté, se divise en trois parties bien distinctes ; 1° Inhalations d'oxygène: 2° Recherches sur l'anesthésie; 3° Intoxication oxycarbonique.

Après un historique rapide des travaux antérieurs, de Priestley à Paul Bert, l'auteur expose longuement ses propres recherches, décrit son dispositif très ingénieux et expose, dans tous leurs détails, la conduite de ses expériences et les longs calculs qu'elles exigent. Elles lui démontrent que le rapport $\frac{CO^2}{O}$ (de l'acide carbonique exhalé à l'oxygène absorbé) ne varie pas et reste indépendant des proportions de l'oxygène dans le mélange respiré.

Les inhalations d'oxygène pur ne le modifient pas davantage. Au point de vue thérapeutique, elles constituent « *une médication de luxe, le plus souvent inutile, toujours inoffensive* ». Leur seule indication sérieuse, c'est l'intoxication oxycarbonique, ainsi qu'il est démontré à la fin du livre.

La deuxième partie contient une vérification de cette loi que « les échanges respiratoire diminuent pendant le sommeil naturel ». Il en est de même pendant le sommeil anesthésique, et ces échanges diminuent en proportion de la durée et de la profondeur du sommeil. Vient ensuite une longue étude sur les mélanges titrés d'air et de chloroforme avec la description d'un appareil propre à les réaliser dans les meilleures conditions. Nous regrettons que la place nous manque pour résumer ce chapitre, d'un intérê très pratique, dont cette conclusion est à retenir : « *Il y a indication d'essayer les mélanges titrés pour toutes les opérations de longue durée qu'on ne pratique pas d'urgence.* » La gynécologie y serait surtout intéressée.

La troisième partie débute par un historique des recherches sur les intoxications par le gaz Co^2; par l'exposé minutieux d'un nouveau procédé très sensible de dosage de cet gaz par le protochlorure de cuivre; sa recherche dans le sang et son mode d'élimination. Ici se place un chapitre d'un haut intérêt pratique, contenant les applications des études de pure technique biologique qui précèdent aux asphyxies, et surtout aux asphyxies nocturnes par l'oxyde de carbone, dont « une proportion de quelques dix-millièmes suffit à rendre mortelle une atmosphère confinée pour un homme y passant plusieurs heures *endormi* ».

M. de Saint-Martin propose d'admettre trois formes d'intoxication :

1° *Forme aiguë* ou expérimentale, rare en clinique (suicides, mort par les Choubersky).

2° *Forme subaiguë* dans des conditions presque identiques aux précédentes, mais avec mort plus ou moins tardive, même après que le sujet a été soustrait à l'action délétère.

3° *Forme chronique* (cuisiniers, repasseuses). Les inhalations d'oxygène sont utiles et indiquées dans la deuxième forme. Tant que le sujet respire de lui-même, ne fît-il que deux à trois inspirations par minute, on a l'espoir de le sauver. Si le coma est arrivé, il faut faire les inhalations à l'aide de la respiration artificielle, mais énergique, active, en employant d'emblée la trachéotomie, ou, mieux, le tubage du larynx et des soufflets spéciaux.

COURRIER

La Société obstétricale de France tiendra sa deuxième session le mercredi 5, le jeudi 6 et le vendredi 7 avril 1893, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

La Société a mis à l'étude les deux questions ci-après :

1° De la symphyséotomie ;

2° Des services d'accouchements en France.

— Un prix de 750 francs est offert par le docteur Unna (de Hambourg) au meilleur travail sur le sujet suivant : « Atrophie et régénération du tissu élastique de la peau dans les divers états pathologiques. »

Les mémoires adressés seront reçus, jusqu'au commencement de décembre 1895, chez Léopold Voss, éditeur, à Hambourg.

Les professeurs Klebs et Hoyer sont chargés de juger du mérite des concurrents.

Association française pour l'avancement des sciences. — *Congrès de Besançon.* — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son Congrès annuel à Besançon, du 3 au 10 août. Le bureau de l'Association pour 1893 est présidé par M. Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Le programme du Congrès comporte, outre les réunions, des excursions à Montbéliard, Belfort, Salins, des conférences au théâtre, des visites aux musées, observatoires, fabriques, papeteries, salines, soudière, bains salins, etc.

— Le Congrès français de chirurgie tiendra sa septième session, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, du 3 au 8 avril prochain.

Questions mises à l'ordre du jour : I. Les tumeurs fibreuses de l'utérus. — II. Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Ardouin (à Aubervilliers), Balard d'Herlinville (au Havre), de Bossy (au Havre), Bottard (au Havre), Bouju (interne à l'Hôtel-Dieu de Rouen), Bréchot (à Caudebec), Briend (interne à l'hôpital du Havre), Broquet (à Gonesse), Brousse (à Saint-Etienne), Carrère (au Havre), Collinet (interne provisoire à Paris), de Cool (interne en médecine à l'asile de Bonneval), Cordebart (interne à l'hôpital du Havre), Cuisinier (à Calais), Damourette (interne à l'hôpital Necker, à Paris), Desmontils (à Graville-Saint-Honorine), Dubrisay (interne à l'Hôtel-Dieu de Paris), Dugardin (au Havre), Duliscouët (à Lorient), Ehrhardt (à Paris), Engelbach (au Havre), Ettlinger (interne à l'hôpital Lariboisière, à Paris), Fauvel (au Havre), Fortin (à Rouen), Frémont (au Havre), Frottier (au Havre), Gargam (à Rouen), Gellé (interne provisoire à l'hôpital de la Pitié, à Paris), Génot (à Vézelise), Grajon (à Paris), Gressin (à Montivilliers), Gros (à Boulogne-sur-Mer), Guerlain (à Boulogne-sur-Mer), Guillemart (à Port-Louis), Guilmin (au Havre), Herbart (à Dunkerque), Homery (à l'asile des aliénés de Quimper), Houzel (à Boulogne sur-Mer), Hurpin (à Caule-Sainte-Beuve), Iszenard (à Saint-Denis), Jacquot (à Creil), Jaugey (à Ouville-la-Rivière), Josué (interne provisoire à l'hôpital Saint-Louis, à Paris), Jouet (à Luneray), Jullien (au Havre), Karth (à Paris), Laffitte (Adolphe) (à Paris), Lallemant (à Dieppe), Lansiés (au Havre), Lassime (à Port-Louis), Launay (au Havre), Laurent (à Sanvic), Lecesne (au Havre), Lefebvre (interne à l'Hôtel-Dieu de Rouen), Le Gad (au Havre), Lenhardt (au Havre), Leroy (au Havre), de Lignerolles (au Havre), Lorentz (au Havre), Magalon (à la Bouille), Marquézy (à Neufchâtel), Martel (interne à l'Hôtel-Dieu de Rouen), Mazade (à Marseille), Ménétrier (à Paris), Michaut (à Gonesse), Napieralsk (à Port-Audemer), Omont (à Port-Audemer), Ovion (à Boulogne-sur-Mer), Panel (à Rouen), Parisot (à Nancy), Patin (à Boulogne-sur-Mer), Petit (interne provisoire

à l'Hôtel-Dieu, à Paris), Petit (interne à l'Hôtel-Dieu de Rouen), Pouy (au Havre), Powilewiez (au Havre), Raoul (à Saint-Ouen), Renan (au Havre), Rident (à Elbeuf), Roger (au Havre), Rotillon (à Paris), Schrœder (à Paris), Signez (à Paris), Sourice (au Havre), Tanche (à Armbouts-Cappel), Testelin (à Argenteuil), Thobois (à Saint-Ouen), Thomeuf (à Lorient), Toussaint (à Argenteuil), Vauquelin (à Lisieux), Warenghem (à Calais), Waquet (à Lorient), Wurtz (à Paris).

Récompenses honorifiques. — Les médailles suivantes ont été décernées par le ministre de l'intérieur à l'occasion de l'épidémie chlorérique de 1892 :

Médailles d'or. — M. les docteurs Attimont (à Nantes), Aymard (à Paris), Barié (à Paris), Bertin (à Nantes), Boulloche (à Paris), Brouardel et Brousse (à Paris), Broussin (à Versailles), Caron (au Havre), Colin (à Paris), Cotoni (à Oissel), Courbet (au Havre), Crimail (Antoine) (à Pontoise), Critzmann (à Paris), Delabost (à Rouen), Dubousquet-Laborderie (à Saint-Ouen), Fernet (à Paris), Girode (à Paris), de Grissac (à Argenteuil), Hallette (à Montreuil-sur-Mer), Jeannin (interne provisoire à l'hôpital du bastion 36), Le Juge de Segrais (interne provisoire à l'hôpital du bastion 36), Le Roy des Barres (à Saint-Denis), Lesueur (à Bernay), Levraud (à Paris), Manouvriez (à Valenciennes), Masure (interne des hôpitaux à Lille), du Mesnil (à Paris), Peter (à Paris), Pompidor (interne des hôpitaux de Paris), Rautureau (interne des hôpitaux de Nantes), Renault (à Paris), Reumaux (à Dunkerque), Thibaut (interne des hôpit. de Lille), Widal (à Paris).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Babinski (à Paris), Bourcy (à Paris), Bourdet (à Cherbourg), Boutin (interne au nouvel hôpital du Havre), Delarue (à Dieppe), Delpeuch à Paris), Deschamps (à Paris), Deshayes (à Rouen), Didier (à Rouen), Dupuy (à Saint-Denis), Fioupe (à Marseille), Fleury (à Rouen), Hellet (à Clichy), Hubert (à Cherbourg), Lasserre (interne à l'hôpital Beaujon à Paris), Lemaire (au Tréport), Léonard (interne à l'hôpital du Havre), Lesage (à Paris), Leudet (à Rouen), Lucas (à Montfort-sur-Risle), Massart (à Honfleur), Michaux (à Aubervilliers), Mouton (à Paris), Pedrono (à Lorient), Roger (à Paris), Siredey (à Paris), Tourdot (à Sotteville-lès-Rouen), Touvenaint (à Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Albert (à Paris), Bertrand (interne à l'hôpital de Nancy), Biat (à Trith-Saint-Léger), Boutleux (à Béthune), Brunet (externe à l'hôpital Lariboisière à Paris), Dacquet (à Etaples), de la Croix (à Lisieux), Deladrière (à Calais), Demmler (à Saint-Leu-d'Esserent), Dispa (à Audighen), Duliscouët (à Kériado-Ploemeur), Duriau (à Dunkerque), Durville (externe au Bureau central à Paris), Grunberg (externe au Bureau central à Paris), Hulmann (externe au Bureau central à Paris), Ladevie (interne des hôpitaux du Havre), Lecourt (à Canteleu), Leissen (à Hennebont), Mantel (à Saint-Omer), Ménereul (interne à l'asile d'aliénés de Quimper), Pauthier (à Senlis), Roustan (à Creil), Ruyssen (Georges) (à Dunkerque), Sauvage (à Lorient), Villette (Louis) (à Dunkerque), Vincent (à Gouvieux).

Mentions honorables — MM. les docteurs Courtois (à Paris), Cryé (à Paris), Duchesne (à Gournay), Duhamel (à Gournay), Pivion (à Paris), Ruelle (à Paris).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Le traitement du diabète sucré par le jambul.

Dans ces derniers temps, on a préconisé, surtout à l'étranger, le traitement du diabète sucré par la graine du Syzigium Jambolanum ou jambul, arbre qui croît dans l'île de Java, les Molluques et les Philippines.

Des expériences faites *in vitro* ont d'abord semblé montrer que le jambul pouvait être utilement prescrit. Scott a pris un poids déterminé d'amidon et l'a délayé avec de l'eau; puis il a ajouté une quantité de malt calculée exactement, de manière à transformer en glucose la moitié seulement de l'amidon. Ensuite le tout a été porté, pendant à peu près une heure, à la température de 70°, en même temps que l'on ajoutait de la poudre fine de graines de jambul; un mélange sans jambul servait de témoin. D'après Scott, tandis que l'amidon avec malt donne environ 44 p. 100 de son poids de glucose, s'il y a du jambul, le mélange ne produit plus que 19 grammes de sucre à peu près. Bolfour et Woodhead ont même trouvé que la teneur en sucre diminuait encore si l'on opérait à plus basse température.

V. Villy a repris les expériences de Scott en mélangeant des poids égaux de jambul ot d'amidon et en ajoutant la quantité de levure nécessaire pour transformer tout l'amidon en glucose; il a opéré aussi avec des mélanges d'amidon et de levure. Les résultats qu'il a obtenus contredisent absolument ceux des savants anglais, puisque, en portant les mélanges à la température de 70°, la transformation de l'amidon semblait se faire plus rapidement en présence de la graine pulvérisée, de telle sorte que le phénomène chimique était très accéléré. Dans une seconde série d'expériences faites à la température de 36,38, Villy a observé des faits identiques; la formation du sucre se faisait un peu moins rapidement, mais il apparaissait toujours plus tôt dans les mélanges avec jambul. Ces expériences contradictoires sont faites pour étonner, car, ainsi que nous allons le voir, il paraît bien établi que chez les animaux rendus diabétiques par la phloridzine, la jambul fait diminuer la glycosurie. Du reste, V. Villy reconnaît lui-même que les graines qu'il employait étaient très sèches; elles avaient peut-être, par suite de cette dessication, perdu leur principe actif encore inconnu.

Grœser (de Bonn), après avoir obtenu la glycosurie chez les chiens par l'administration de la phloridzine, donna à ces animaux de l'extrait de jambul en le faisant prendre soit avant, soit après, soit en même temps que le glucoside. Il constata qu'invariablement la proportion de sucre diminuait notablement (cette diminution pouvait atteindre les 9/10 de la quantité première) et que la durée de la glycosurie était abrégée.

Hildebrandt a constaté que la transformation de l'amidon en sucre était bien plus retardée par la présence simultanée de la pancréatine et du jambul que par la pancréatine seule. Le jambul agirait donc en entravant la saccharification de la matière glycogène dans les tissus.

C'est un médecin américain, Clacius, qui, le premier, employa le jambul chez l'homme. Il administra la poudre de graine à ses malades à la dose de 0,30 répétée

plusieurs fois par jour, et observa la diminution de la quantité des urines et de celle du sucre. Un des malades ne se soumettait pas au régime diabétique habituel.

Dans quatre cas de Couldwell, il y eut trois fois des améliorations notables. Les malades absorbaient 30 centigrammes de poudre de graine, trois fois par jour, mais s'astreignaient en même temps à la diététique classique, mitigée cependant par l'usage du pain grillé. L'un des sujets, après un mois de traitement, avait gagné douze livres et la glycosurie avait disparu.

Kingsburg traita, avec succès, un cas grave dans lequel il y avait polydipsie, polyphagie, polyurie rendant le sommeil presque impossible, émaciation, etc. La quantité des urines, dont la densité dépassait 1,042, atteignait sept litres par jour. Après quinze jours d'administration de la poudre de graine à la dose de 1 gr. 50 par jour, le malade, qui avait continué à prendre l'alimentation habituelle, ne rendait plus que quatre à cinq litres d'urine et pouvait se lever un peu; la soif et l'appétit avaient beaucoup diminué.

Un cas de G. Mahomed (de Bornemouth) est fort intéressant. Son malade était un homme de 60 ans, ancien syphilitique, qui, depuis huit à neuf mois, avait un diabète assez grave compliqué d'excitation cérébrale, de douleurs généralisées, etc.; l'appétit était très augmenté, mais la polydipsie peu marquée. Après une semaine de l'usage du jambul à la dose de 0,30 de poudre de graine, le sucre avait disparu de l'urine, mais le malade était fort déprimé. On cessa le jambul et le sucre reparut aussitôt, pour disparaître de rechef dès que le médicament fut redonné à dose faible, de façon à éviter les phénomènes de dépression.

Des observations de Allen, Quanjer, Lewaschew, Baymer sont aussi très favorables à l'emploi du jambul.

Mais il s'en faut que tous les résultats soient aussi bons. En Angleterre, 8 diabétiques hospitalisés et suivant le régime furent soumis à l'usage du jambul; chez 3 d'entre eux, le sucre diminua; chez 5, il augmenta. On cessa alors l'usage du médicament et le sucre diminua chez 4 et augmenta chez 2. Le jambul, d'après l'auteur de ces recherches, serait un médicament sans action.

Dans deux cas de Gerlach, le médicament échoua complètement, et Lermé n'obtint aucun résultat en administrant la poudre de fruit à la dose quotidienne de 10 grammes. Chez un des malades de ce dernier, il survint même une aggravation telle qu'il fallut suspendre le traitement.

Chez un des malades de Villy, la glycosurie subit une véritable poussée coïncidant avec la plus forte prise du médicament.

Faut-il donc considérer le jambul comme inutile ? Nous ne le croyons pas.

Il est certain d'abord qu'il y a des cas qu'il améliore.

D'autre part, Villy a constaté que la graine de jambul *surajoutée au régime exclusif* faisait diminuer la glycosurie. Lorsque cette dernière persiste malgré un régime sévère, on pourrait donc espérer la voir disparaître si l'on a recours au médicament. Enfin, si l'on compulse les observations des auteurs américains et anglais qui ont publié leurs succès, on voit que ce sont surtout les formes moyennes qui ont été améliorées. C'est donc dans les cas de ce genre que l'on pourra essayer le jambul qui, fait à noter, peut être prescrit à d'assez fortes doses sans inconvénient.

On administrera la poudre de graines aux doses de 0 gr. 5 à 2 grammes par jour; d'après quelques observations, on pourrait même aller sans danger jusqu'à 5 ou 6 grammes dans les vingt-quatre heures.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Kyste du pancréas ou épanchement dans l'arrière-cavité des épiploons. — M. Paul Swain rapporte une très intéressante observation qui peut être rapprochée des cas d'épanchement dans l'arrière-cavité des épiploons, publiés récemment par M. Jordan Lloyd. (*British med Journ.*, nov. 1892.)

Il s'agit d'un homme de 38 ans, entré à l'hôpital le 22 septembre 1892. Trois mois auparavant, il avait eu une attaque de coliques avec douleurs dans le côté droit de l'abdomen; ces signes disparurent rapidement et le malade reprit son travail; mais, quatre ou cinq semaines plus tard, il fut pris, après une lutte à la course, d'une violente douleur dans le ventre, et il entra à l'hôpital.

Pas d'autres maladies antérieures; l'état général était excellent; cependant, le malade avait perdu 12 kilogrammes de son poids en trois mois; la température était normale. L'abdomen était distendu, entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, par une tumeur ronde, élastique, fluctuante, tendue, unie, très facile à sentir, ayant à peu près le volume d'une noix de coco; cette tumeur était animée de battements, mais les pulsations diminuaient si on la soulevait en pressant fortement sur ses parties latérales. A la percussion, on trouvait une zone de matité médiane, mais se prolongeant légèrement à gauche; à l'auscultation, on entendait un souffle très limité au niveau de la partie centrale de la tumeur. Le cœur était dans sa position normale et ses bruits étaient clairs. Le pouls fémoral et le pouls tibial étaient bons et égaux des deux côtés. Tous les autres organes étaient sains; pas de troubles digestifs, sauf quelques nausées; rien d'anormal dans les mouvements.

On pouvait hésiter, pour le diagnostic, entre ; 1° un kyste du pancréas; 2° un anévrysme de l'une des branches du tronc cœliaque; 3° une tumeur kystique développée aux dépens des glandes mésentériques. Mais, vu l'absence de tout symptôme, sauf les coliques et les nausées, vu le parfait état de tous les organes, la première hypothèse semblait la plus vraisemblable. M. Swain se décida à ouvrir l'abdomen et à agir suivant les circonstances.

Le 8 octobre, il ouvrit l'abdomen par une incision médiane de 8 centimètres entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde; il refoula l'épiploon, et repoussa l'estomac en bas et à gauche; la tumeur fit alors saillie au-dessus de cet organe qui la limitait en bas, tandi que le foie la limitait en haut; elle s'enfonçait profondément en arrière. A la palpation on ne constata aucune pulsation; après avoir entouré la tumeur d'éponges, on la ponctionna; un flot de liquide brun jaillit; puis on agrandit l'ouverture; la cavité se prolongeait en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, à laquelle sa paroi postérieure était très adhérente. Après l'évacuation de tout le liquide, on retira de la poche des masses pigmentaires d'un gris noirâtre. Puis les parois du kyste furent suturées à l'abdomen et la cavité drainée à l'aide d'un tube de verre.

La guérison fut complète au bout de deux mois.

Le liquide épanché était alcalin et d'une couleur brun sale; il contenait des globules rouges, un peu de cholestérine, pas de bile; il n'émulsionnait pas les graisses et ne transformait pas l'amidon.

L'examen microscopique de la paroi kystique démontra que ce n'était pas du tissu glandulaire.

On pouvait penser tout d'abord qu'il s'agissait là d'un kyste pancréatique; mais, après l'examen du liquide et de la paroi kystique, il semble plus probable qu'au moment où le malade éprouva la première crise de douleurs abdominales, un kyste s'était formé aux dépens du canal pancréatique, puis que ce kyste se rompit dans l'arrière-cavité des épiploons au moment où le malade luttait à la course. Ce cas est donc à rapprocher de ceux que M. Jordan Lloyd a publiés et si bien décrits. (*British med. Journ.*, 4 mars.)

Diphtérie mammaire. — M. Duncan J. Caddy rapporte l'observation d'un enfant de six semaines qui, le 23 janvier dernier, prend la diphtérie ; il avait été jusque-là exclusivement nourri au sein. La mère est avertie du danger auquel elle s'expose en continuant à allaiter son enfant; on lui conseille de le sevrer immédiatement; mais elle ne peut se décider à le faire, étant convaincu que ce serait tuer sûrement son enfant.

Le 28 janvier, l'enfant semblait mieux et l'amélioration s'accentuait, d'ailleurs, sans interruption les jours suivants. Mais la mère se plaignait de malaise et de frissons; de plus, elle souffrait au niveau du sein gauche et de l'aisselle; elle attribuait tout cela à la rétention du lait, car son enfant en avait très peu pris les jours précédents. Le sein était gonflé, dur, tendu et très sensible; le mamelon était saillant, dur et couvert d'une épaisse membrane blanc grisâtre s'étendant jusqu'à la limite de l'aréole vers l'aisselle gauche. Il y avait encore trois autres petites plaques autour de l'aréole, et on trouvait une fausse membrane dans une fissure partant du mamelon. Les fausses membranes étaient dures et adhérentes; au-dessous d'elles, on trouvait une surface excoriée et saignante. Autour de l'aréole, le sein était rouge et chaud. La température atteignait 40°, les urines renfermaient une certaine quantité d'albumine. Pendant deux jours, la température resta élevée; la malade était faible et prostrée. Mais, sous l'influence d'un traitement général énergique et de badigeonnages des parties malades avec un mélange de deux parties d'acide sulfureux pour une partie de glycérine, une amélioration se produisit. La malade ne recouvra que lentement sa santé et ses forces. (*British med. Journ.*, 4 mars.)

Intubation du larynx. — M. Rosenberg a obtenu d'excellents résultats dans un grand nombre de cas de sténoses laryngiennes subaiguës ou chroniques par l'intubation. Pour introduire facilement l'instrument, on ordonne au malade de produire un son de voix élevé pour relever ainsi l'épiglotte. Puis on enfonce l'index droit jusque dans le pharynx ; on maintient l'épiglotte relevée, et le tube peut alors être facilement introduit. Pour pouvoir le retirer, on a eu soin de le munir d'un fil.

En ordonnant aux malades de déglutir lentement et avec prudence, on n'a pas à craindre que des parcelles alimentaires tombent dans le larynx; il n'est donc pas besoin de faire manger dans le décubitus dorsal.

Le tube n'est pas rejeté du larynx par les efforts de toux s'il a été bien placé.

L'intubation ne peut pas remplacer la trachéotomie dans tous les cas; mais les deux opérations ont chacune leur utilité et leurs indications. (*Société de médecine interne de Berlin.*)

Néphrite du choléra. — MM. Fraenkel et Simmonds ont étudié les lésions des reins chez des individus morts de choléra en un laps de temps variant de quatre à dix jours. Ils ont constaté que l'épithéium des tubuli contorti était très gonflé, les contours des cellules indécis, leur protoplasma granuleux était en voie de liquéfaction dans la lumière du canal. Les tubes droits paraissaient sains et ne contenaient pas de cylindres. Les lésions de la substance corticale seraient donc les plus importantes et les premières en

date. Ces conclusions sont tout à fait contraires à celles que M. Aufrecht avait tirées de l'examen de reins de cholériques morts au début de la période algide de l'affection. Pour cet auteur les lésions débuteraient par les pyramides, et celles de la substance corticale seraient consécutives à l'oblitération des tubes droits par des cylindres albumineux, c'est-à-dire à la stase de l'urine au-dessus de ces obstacles. MM. Fraenkel et Simmonds font remarquer que l'abondance des cylindres ne paraît pas coïncider avec l'oligurie.

Pour ces deux auteurs comme pour M. Aufrecht, la néphrite du choléra doit être considérée comme une néphrite d'origine toxique et non comme la conséquence d'un trouble de circulation, ainsi que M. Leyden semble le dire. (*Centralblath für Klin. Med. 1892, n° 50.*)

Action comparée de quelques antipyrétiques et en particulier de l'antinervine. — M. Reich a entrepris des recherches sur les antipyrétiques et en particulier sur l'antinervine. C'est une combinaison d'acétanilide, d'acide salicylique et de bromure d'ammonium. L'action de cette substance est plus rapide que celle de l'antipyrine et que celle du salicylate de soude, mais moins rapide que celle de l'acétanilide. Les doses moindres qu'un demi-gramme n'abaissent pas autant la température que l'antipyrine et le salicylate de soude; les doses supérieures à 0 gr. 50 l'abaissent, au contraire, davantage; mais ici encore l'action de l'antinervine est inférieure à celle de l'acétanilide. L'apyrexie de l'antinervine dure deux fois plus longtemps que celle de l'antipyrine; est presque égale à celle du salycilate de soude, mais elle est plus courte que celle de l'acétanilide. Le sulfate de quinine a une action bien plus prolongée que celle des antithermiques précédents.

L'action des composés bromés est lente et peu énergique.

L'action antithermique de toutes ces substances résulte de ce fait qu'elles diminuent l'excitabilité du système nerveux; or la fièvre, quelle que soit son origine, est toujours produite par l'excitation des centres nerveux par l'agent fébrigène. (*Société médicale de Budapest.*)

RAPPORT MÉDICAL SUR L'HOPITAL D'ORMESSON

POUR L'ANNÉE 1892

Lu au Comité médical des enfants tuberculeux,

Par le docteur Léon Derecq.

Du rapport annuel sur l'hôpital d'Ormesson, lu par le docteur Léon Derecq au Comité médical de l'œuvre des enfants tuberculeux, présidé par M. le docteur Hérard, nous extrayons la partie essentiellement médicale qui mérite d'être communiquée aux lecteurs de l'*Union médicale.*

Dans l'extrait que nous donnons, le docteur Derecq expose les résultats obtenus jusqu'au 15 décembre 1892 dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'air pur et par l'hygiène.

Au début de cet intéressant rapport se trouve la communication d'une expérience faite chez les petites malades d'Ormesson au moyen d'un appareil ozoneur du docteur Donatien Labbé, et qui a fourni des résultats qui méritent de retenir l'attention.

R. Blache.

Si on considère que la pensée dominante qui a présidé à la création de l'hôpital d'Ormesson a été de soustraire les malades atteints de tuberculose aux milieux favorables à l'évolution de la maladie et de les placer dans une contrée où de l'air pur, riche en oxygène, leur serait assuré, on comprendra que le docteur Donatien Labbé soit venu soumettre à notre Comité médical sa méthode de traitement pour l'anémie et la tuberculose pulmonaire par l'air ozonisé.

Notre confrère, dont le procédé avait été l'objet d'une communication à l'Académie de médecine en 1891, ainsi qu'à l'Académie des sciences, par M. Schuztzemberger, se présentait avec l'appui de ses propes expériences et de celles tentées ailleurs, notamment à l'hôpital de la Charité dans le service du docteur Desnos.

Il en ressortait que par l'effluve électrique, jaillissant entre les surfaces en regard de deux tubes concentriques en métal (aluminium ou platine), séparés par un corps diélectique, on pouvait obtenir l'ozone pur et à dose thérapeutique.

Quant aux résultats cliniques de l'inhalation de cet air ozonisé (dans la proportion de 1/100e de milligramme par litre), ils se manifestaient par l'augmentation constante et durable du taux de l'oxyhémoglobine dans le sang des malades, coïncidant avec le relèvement de l'état général.

Il s'agissait donc d'une méthode parallèle à la nôtre, d'un caractère scientifique qui s'imposait à l'attention.

Il y avait intérêt à voir comment se comporteraient, devant cette médication, nos petits tuberculeux étiolés.

Il fut décidé que dans une pièce close, indépendante, offrant un cube d'air restreint, environ quatorze mètres cubes, un appareil serait disposé de façon à pouvoir ozoniser l'atmosphère.

Des séances d'inhalations, non directes, auraient lieu, quotidiennes, mais courtes au début. Un minimum de durée, 20 minutes, un maximum, 40 minutes, fut convenu.

Le 24 janvier, l'installation terminée, mon confrère, me continuant son précieux concours, vint procéder à l'examen spectroscopique du sang des malades qui allaient être soumis aux inhalations.

Pour donner à l'expérience toute sa valenr, je fis choix de dix malades qui offraient des lésions différentes, correspondantes aux trois périodes de la tuberculose pulmonaire établies.

C'est dire qu'aucun cas douteux ne fut pris, comme il est facile de le voir, puisque trois de ces malades présentaient les signes très nets de la première période de la tuberculose pulmonaire, six autres offraient ceux de la seconde période, enfin, l'un d'eux avait déjà franchi ce degré.

Du premier examen de sang pur pratiqué avec l'hematospectroscope du Dr Hénocque, il ressortit que, chez aucun de ces malades, le taux normal en oxyhémoglobine de 14 p. 100 n'était jamais atteint. Le coefficient le plus élevé était de 10 p. 100, le plus bas de 8 p. 100.

Cette différence était notable pour des enfants placés en bon air, pourvus de soins hygiéniques et d'une copieuse nourriture; mais aussi elle correspondait bien à leur état de maladie ou à leurs antécédents de misère physiologique.

D'autres malades examinés dans la suite avaient même des coefficients plus bas; l'un d'eux n'avait que 6 p. 100, un autre 4 p. 100. Je reviendrai plus tard sur leur compte.

Le groupe formé offrait bien, il me semble, tous les types désirables pour une première épreuve, lésions tuberculeuses indéniables et anémie marquée.

Les inhalations commencèrent et furent assidûment suivies et supportées par tous les malades, sans que jamais aucun malaise n'ait été signalé.

Un mois après, le 28 février, il fut procédé à un second examen spectroscopique.

Le délai semble court, et, cependant, concordant avec l'examen clinique, il fut favorable déjà à la méthode.

En effet, il se décompose de la manière suivante : Quatre malades marquaient une augmentation d'oxyhémoglobine de 1 p. 100; ensuite, deux avaient augmenté de 1 1/2 p. 100; deux autres 2 p. 100, enfin l'un d'eux 3 p. 100.

En même temps, certains symptômes avaient une tendance à diminuer, la toux et l'inappétence.

Et à chaque examen il en fut ainsi, mais d'une façon plus notable; la diminution des signes s'accusa peu à peu, jusqu'à disparaître pour certains malades; l'appétit s'accrut et l'augmentation de poids se marqua d'une manière de plus en plus sensible.

Du reste, des tracés furent établis qui, par un examen rapide, frappent mieux que l'énoncé détaillé des faits observés.

Cependant, je ne saurais me dispenser de rapporter une de nos observations, intéressante tant au point de vue clinique qu'au point de vue du traitement par les inhalations d'ozone.

Le nommé R... Henri, 16 ans, a perdu son père et sa mère de tuberculose pulmonaire et deux frères sont morts en bas âge.

Il est admis pour entrer à Ormesson, en septembre 1891. Mais, son état grave, sa faiblesse extrême ne permettent son transport que le 4 octobre suivant.

A l'entrée, son état général est plus que médiocre. La toux est fréquente, l'expectoration abondante, le matin surtout. Il accuse des sueurs nocturnes et un point douloureux du côté gauche de la poitrine. La température vespérale est de 38°8 et le pouls de 120. L'appétit est nul et la toux persistante le prive de sommeil.

Le début de sa maladie remontait à un an.

A l'examen, je constate une adénopathie cervicale double plus accusée à gauche, une carie dentaire marquée, des tissus décolorés, de l'amaigrissement.

A la percussion, au sommet gauche de la poitrine, en avant et en arrière, on constate de la submatité dans le 1/3 supérieur. A l'auscultation du côté gauche en avant, on entend des râles sous-crépitants. Les signes sont les mêmes en arrière de ce côté, plus accusés, et, dans le reste de l'étendue, des râles sibilants.

A droite, la respiration est soufflante.

Dans l'espoir d'enrayer ces phénomènes alarmants, une médication se basant sur les révulsifs, les calmants et les toniques est instituée. Le malade consent à peine à se lever et ne peut sortir.

Des inhalations de Cresylol, vainement instituées, sont suspendues au bout de deux mois d'assiduité, n'ayant produit aucun soulagement. Les vomissements alimentaires se reproduisant chaque jour, l'épuisement du malade est extrême.

Le 28 février, je songe à le soumettre à l'air ozonisé. Toute autre médication est suspendue.

A l'examen du sang, le spectroscope donne 6 1/2 p. 100; le diaphanomètre, 6. p. 100.

Le malade pèse 49 kilos 300. La mesuration du thorax donne, pour la ligne mamelonnaire, 78 centimètres.

Les premières inhalations, bien supportées, donnent comme résultat, le 29 mars, une amélioration qui se manifeste par la tolérance des aliments, la disparition des sueurs.

La toux est encore vive et fréquente.

Le 12 mai, le malade s'en plaint moins; enfin, le 22 mai, on trouve à l'hématospectroscope 11 p. 100, ainsi qu'au diaphanomètre.

Son poids est de 53 kilos, c'est-à-dire une augmentation de 3 kilos 700 s'est produite en trois mois.

Enfin, présenté le 29 mai à l'examen de deux membres de notre Comité médical, il est reconnu manifestement amélioré. (Dr Hérard, Dr Blache.)

Au mois d'août, les signes du sommet gauche ont disparu en avant, l'oreille perçoit encore quelques râles dans un espace très limité en arrière, au niveau de l'épine de l'omoplate.

Le malade a repris un aspect satisfaisant. Enfin, le 11 décembre, à l'examen du sang, on trouve 14 p. 100 d'hoxyhémoglobine, alors qu'au premier jour de traitement, il n'avait que 6 1/2 p. 100. Son poids est actuellement de 57 kilos 500.

J'aurais pu citer un cas de guérison accompli. Il m'a paru préférable de rapporter l'observation du malade le plus atteint et chez lequel Ormesson n'avait pas, au bout de quatre mois, opéré de changement heureux notable.

Pour ne pas multiplier les observations, j'ai cru préférable de résumer ces documents en un tableau dans lequel on trouvera, nous le croyons, toutes les données désirables.

Les malades soumis au traitement de l'air ozonisé sont aujourd'hui au nombre de 19; toutes les conclusions qui les concernent sont favorables.

Il en faut pourtant excepter le cas d'un enfant qui présentait des manifestations tuberculeuses abdominales. Lorsqu'on tenta de le soumettre aux effets de l'ozone, il n'avait que 4 p. 100 d'oxyhémoglobine; il fut enrichi de 1 1/2 p. 100 en deux mois. Mais, il s'alita sur ces entrefaites et ne put continuer le traitement. Du reste, la tentative n'avait été faite que pour remédier à sa grande faiblesse. Sa survie semble inexplicable, car son état de cachexie est arrivé à sa dernière limite.

Pour appuyer notre expérience, j'ai pensé qu'il fallait établir un terme de comparaison. Pour cela, j'ai constitué, parmi nos malades, un groupe de six sujets soumis seulement au traitement de l'air pur, et que je désignerai sous le nom de témoins (1).

Le 6 novembre, je les soumis, avec le concours de mon confrère le docteur Labbé, à un examen hématospectroscopique qui fut recommencé le 11 décembre. Ensuite, pour ne pas les comparer à des malades soumis depuis plusieurs mois à l'air ozonisé, je mis en traitement, pour cette dernière épreuve, quatre nouveaux malades.

La comparaison des résultats obtenus dans ces deux derniers groupes donne encore l'avantage à l'air ozonisé. Les bienfaits de l'air d'Ormesson, cependant, et de son régime sont indéniables. Ils se traduisent, du reste, par des coefficients élevés. Mais, chez les enfants soumis à l'ozone, le taux de l'oxyhémoglobine s'est sensiblement élevé, sans exception, en un mois. Il n'en a pas été de même des témoins. On peut, il est vrai, supposer que le mois de novembre possède une action débilitante. Du reste, d'après les données les plus récentes, des observations faites sur l'ozone en Italie, en Allemagne, en Angleterre et en France, le minimum ozométrique de l'air se rencontrerait au mois de novembre.

Je concède aussi que l'épreuve a été de courte durée et qu'elle mériterait d'être renouvelée. Je n'y manquerai pas. Mais, comme les résultats sont en concordance avec ceux de l'épreuve commencée au mois de janvier, je m'appuierai sur elle, sans crainte, pour les conclusions qui peuvent être posées.

Après cette expérience, il est possible d'affirmer, en premier lieu, l'innocuité absolue de l'air ozonisé par l'appareil du docteur Labbé.

Ensuite, il faut reconnaître que la puissance d'oxydation de cet air donne des résul-

(1) Le groupe des témoins s'est réduit à neuf, l'un d'eux ayant été distrait du second examen spectroscopique par une absence justifiée.

tats que l'on peut bien comparer à ceux obtenus chez des malades qui, placés à de certaines altitudes, guérissent d'une tuberculose pulmonaire, ou du moins qui, à leur première saison, soit à Davos, soit sur le Canigou, voient leur maladie enrayée et leur état général s'améliorer notablement.

Enfin, en particulier, dans notre hôpital, l'ozone semble pouvoir accentuer, renforcer les phénomènes que l'on obtenait de l'air pur.

Les preuves, nous les trouvons dans l'élévation constante du coefficient de l'oxyhémoglobine des malades, et dans leur augmentation de poids, ainsi que le démontre la lecture du tableau.

M. Gautrelet, notre chef de laboratoire, qui s'est intéressé à l'expérience, et qui a porté ses recherches sur l'examen des urines des malades soumis à l'ozone, nous en donne en quelque sorte l'explication.

En effet, il aurait reconnu que l'air ozonisé, agissant sur nos tuberculeux à la manière d'un médicament d'épargne, augmente l'acidité des liquides de l'économie et ralentit ainsi les échanges organiques.

Selon lui, nous savons que l'urine des tuberculeux en déchéance est hypoacide en même temps qu'on y constate une élimination exagérée des chlorures.

L'expérience sera reprise et répétée, j'étudierai à fond, avec M. Gautrelet cette intéressante question, afin que dans mon rapport prochain je puisse en fournir les résultats en toute connaissance de cause.

En attendant, on peut considérer, sans lui faire la part trop large, que ce traitement peut aider aux succès d'Ormesson, en luttant contre l'anémie et l'appauvrissement qui accompagnent l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Enfin, en terminant, disons deux mots du procédé et de son application.

La description de l'appareil n'ayant pas sa place ici, il nous suffit de dire qu'il est d'un fonctionnement très facile et représente une dépense très minime.

Quant à son application, elle ne soulève aucune difficulté. Les malades s'y soumettent très volontiers. L'odeur bien caractéristique qu'il faut supporter n'engendre aucune répugnance.

Dès la première séance les enfants s'essayèrent à ces inhalations, groupés autour de l'appareil, et sans marquer autrement d'ennui ou de fatigue.

Seulement, un grand nombre d'entre eux que j'avais observés souvent, à cause de leur attitude nonchalante, le dos voûté, les omoplates saillantes, présentaient à mes yeux un défaut capital qui semblait devoir les priver en partie du bénéfice des inhalations.

En effet, j'avais constaté que, chez ces malades, les deux temps de la respiration s'effectuaient sans être accompagnés de mouvements d'amplitude appréciables de la cage thoracique.

Il était facile de voir qu'ils ne savaient pas respirer ou que, par manque d'énergie, ils n'en prenaient pas la peine.

Je considérai que, réduisant l'activité respiratoire à son minimum, ils satisfaisaient trop peu aux phénomènes de l'hématose, même étant soumis aux inhalations d'ozone, et qu'il fallait tenter de trouver un remède à cette sorte d'infirmité.

C'est alors que je pensai à nous assurer le concours de MM. Mauroy, dont j'avais pu apprécier les connaissances et la méthode dans plusieurs circonstances.

Ces messieurs, élèves distingués de l'Ecole de Stockholm, enseignaient, depuis plusieurs mois, la gymnastique suédoise à deux enfants de ma clientèle que j'avais été appelé à soigner pour des signes d'anémie générale et chez qui j'avais constaté un développement insuffisant du thorax.

Sous l'influence de la méthode suédoise, en quelques mois, l'état de mes petits malade s'améliora à ce point que leurs vêtements devinrent insuffisants et durent être modifiés.

Les premiers mouvements enseignés, et qui sont répétés à chaque leçon, quel que soit le degré d'éducation en gymnastique des élèves, sont des mouvements dits *respiratoires*. Ils ont pour but de mettre en jeu, par élévation et rotation des membres thoraciques, tous les muscles qui concourent à l'acte de la respiration. Sans causer aucune fatigue, s'ils sont accompagnés d'une inspiration profonde et ralentie, ils ne peuvent être exécutés qu'en observant une bonne attitude, la tête portée droite, la bouche mi-ouverte, le buste cambré et les épaules bien effacées.

Pour enregistrer les résultats de ces exercices répétés quotidiennement, j'imaginai un thoracimètre, autrement dit un mètre souple, inextensible, muni d'un curseur d'une part, et, de l'autre, d'une plaque de mensuration de 5 centimètres.

En même temps qu'on l'emploie pour avoir la mesure de la circonférence thoracique, on peut d'une façon assez précise, en centimètres et millimètres, enregistrer l'amplitude des mouvements respiratoires, ainsi qu'on l'obtient avec le pneumographe de Marey.

Les recherches qui m'occupaient concernant des enfants, je tins compte que, le plus souvent, l'activité respiratoire est augmentée par leurs jeux animés. Aussi, je pratiquai mes expériences à l'état de repos d'abord, ensuite, au moment de l'exécution des mouvements de gymnastique respiratoire, enfin, après une course de 200 mètres parcourue au pas gymnastique, et mes expériences ont montré que l'inspiration produite par ce mouvement gymnastique est représentée par une ampliation thoracique plus grande que celle qui accompagne l'essoufflement produit par une course de 200 mètres.

J'en arrive maintenant à l'exposé de la situation de l'ensemble des malades de l'hôpital, à la date du 15 décembre 1892.

Ainsi que l'année dernière, je les ai groupés pour former un tableau dans lequel figurent ceux qui sont déjà sortis dans le courant de l'année et ceux qui s'y trouvaient encore à cette date.

Pour la facilité de l'étude des résultats thérapeutiques obtenus à l'hôpital d'Ormesson, nous avons conservé les divisions de notre dernier rapport, quoique ces divisions en premier, deuxième et troisième degré de la phtisie soient un peu arbitraires et n'indiquent pas toujours la gravité réelle des cas observés, gravité bien plus en rapport avec la présence ou l'absence de la fièvre, qu'avec un état plus on moins avancé de la lésion.

Nous n'avons eu qu'un très petit nombre de malades simplement prédisposés, de ceux que l'on nomme assez tristement des candidats à la tuberculose.

Les mêmes raisons que j'ai signalées l'année dernière nous empêchent de les accueillir en plus grand nombre. Nous craignons toujours de les mettre en contact avec nos malades gravement atteints. Il nous faut, pour les recevoir, que le diagnostic soit appuyé par l'assurance de leurs prédispositions héréditaires, et, de plus, que leur santé générale soit altérée par des maladies, telles que des bronchites répétées. Un séjour de courte durée à l'hôpital suffit pour eux. Ce n'est pas sur enx que nous voulons appeler l'attention.

Ceux de la première période sont plus nombreux, ce qui est bien naturel. Des signes de maladie bien nettement établis entraînent leur admission. Les améliorations dans ce groupe sont la règle, les guérisons très fréquentes.

Il est permis d'en parler ainsi, puisque sur quarante qui composent ce groupe, on compte vingt-sept guérisons et onze améliorations. Cette année, les résultats obtenus

chez les malades du second degré sont encore plus heureux que ceux de l'année dernière, quoique j'aie classé parmi les malades améliorés simplement plusieurs enfants qu'on pourrait considérer comme guéris, mais pour lesquels nous voulons encore le contrôle du temps. De plus, je ferai constater que pas un seul malade de ce groupe n'a vu son état aggravé, et cependant il en est dont les lésions avancées inspiraient au début les craintes les plus sérieuses.

Il est à regretter que leur nombre soit si restreint. Il n'a pas dépendu de nous qu'il en soit autrement. Tous les malades qui ont été présentés à notre consultation, offrant les signes de la seconde période de la tuberculose pulmonaire, ont été admis sans retard à notre hôpital. Leur traitement comportant pour nous le plus grand intérêt, nous ne nous sommes pas laissés arrêter par une question d'âge, puisque nous avons admis des jeunes gens ayant quelque peu dépassé seize ans, à cause de l'état de leur maladie uniquement.

Enfin, les malades arrivés à la dernière période, et que la pitié a fait admettre plus que l'espoir de les guérir, nous donnent des résultats difficiles à apprécier, bien que certaines améliorations ne soient pas douteuses.

Plusieurs d'entre eux ont succombé à l'entrée de la mauvaise saison, surtout alors qu'ils ne pouvaient plus sortir de leurs lits, demander au grand air leurs dernières forces.

Pas plus que l'année dernière, je n'ai à signaler d'affection épidémique régnant dans notre hôpital d'enfants.

Aucune des fièvres si fréquentes à l'âge de nos petits hospitalisés ne s'est encore montrée à Ormesson.

Cela devait être signalé, ne fût-ce que pour faire valoir les résultats heureux de l'hygiène, pratiquée dans nos services. Je ne crois pas qu'on puisse considérer comme une épidémie, une sorte d'état catarrhal des bronches, que je fus appelé à soigner au mois de février chez une quinzaine de nos enfants.

Cela coïncida avec des variations brusques de température, ne s'étendit pas et céda en peu de jours à un traitement approprié.

Il est encore une remarque utile à faire toute à l'avantage de nos conclusions données dans le rapport de 1891. Un bon nombre de malades, dont la guérison avait été signalée l'année dernière, sont sortis depuis de notre hôpital. Dans la suite, plusieurs d'entre eux nous ont été amenés à notre consultation, selon notre désir exprimé aux parents.

L'état satisfaisant, qui avait motivé leur départ d'Ormesson, persistait chez tous ceux que nous avons revus, tant au point de vue local qu'à celui de la santé générale.

BIBLIOTHÈQUE

Détermination pratique de la réfraction oculaire par la kératoscopie ou skiascopie. — Application à l'examen des conscrits, par le docteur Billot, médecin-major de 1re classe. — Un volume de la *Petite Encyclopédie médicale*. A la Société d'éditions scientifiques, à Paris, 4, rue Antoine-Dubois.

Tous les livres qui ont traité jusqu'ici ce sujet ont joint à leur exposition trop de conceptions théoriques. C'est ce qu'a voulu éviter M. Billot en écrivant ce petit livre, qui s'adresse surtout aux praticiens, à ceux qui ne veulent que des faits acquis, certains, et ne se préoccupent pas outre mesure des théories que l'on a édifiées pour expliquer

ces faits. On n'y trouvera donc aucune théorie; mais seulement un exposé net et très clair de la pratique de la skiascopie, avec les conséquences qui en découlent au point de vue de la réfraction.

MANUEL DE LA SAGE-FEMME ET DE LA GARDE-MALADE, par le docteur L. TOUVENAINT — (L. Battaille et C[ie], éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine, Paris.) — 1 volume in-18 avec figures, reliure souple cuir fauve, tête dorée.

Il n'existait pas de guide pratique destiné aux personnes qui approchent et soignent par profession les malades. Le *Manuel de la sage-femme et de la garde-malade* comble, à ce point de vue, une lacune, car un tel livre faisait défaut et il est appelé à rendre d'utiles et précieux services. Dans cet ouvrage, en effet, le docteur Touvenaint a exposé avec concision, sans omettre néanmoins aucun détail, comment, à notre époque, après tous les progrès qu'ont fait la médecine et la chirurgie, il convenait de soigner les malades.

Le tiers du livre, à peu près, est consacré aux soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, et ce *Manuel* se termine par un index des mots médicaux usuels.

FORMULAIRE

FORMULE POUR DÉSODORISER LA NAPHTALINE. — D'après Diétrich, dans le *Journal de pharmacie d'Anvers* :

Naphtaline	150 grammes.
Camphre	50 —
Cinamarine	0 gr. 10
Essence de néroli	0 gr. 05
Nitrobenzine	0 gr. 50

Pour l'usage externe.

COURRIER

HÔPITAUX DE PARIS. — Le conseil supérieur de l'Assistance publique, continuant la discussion du rapport de M. Fleury-Ravarin, a admis le sectionnement de Paris en circonscriptions d'assistance, avec un hôpital chef-lieu auquel seront rattachés un certain nombre de dispensaires. Les chefs de service des hôpitaux seront privés du droit de choisir eux-mêmes les malades, et, en dehors des cas d'urgence, l'admission à l'hôpital ne pourra plus être prononcée qu'au domicile même des malades. Le Bureau central, dont le Conseil municipal a demandé la suppression, disparaît, et les médecins qui y sont attachés sont placés à la tête des dispensaires.

Notons, enfin, entre autres réformes, la suppression de la fourniture des médicaments par les médecins de la ville et la création de pharmacies municipales. (*Le Temps.*)

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7e session (1893)

Présidence de M. le professeur Lannelongue (de Paris).

SÉANCE D'INAUGURATION

Le lundi 3 avril 1893.

C'est au milieu d'une assistance nombreuse que M. le professeur Lannelongue a prononcé son discours. Entouré du bureau composé du professeur Tillaux, vice-président; de M. Pozzi, secrétaire général, et de M. Picqué, secrétaire général adjoint, M. Lannelongue avait à sa droite Pasteur, qui honorait de sa présence cette séance d'ouverture.

La courtoisie française exige que nous souhaitions d'abord la bienvenue aux chirurgiens étrangers qui viennent prendre part aux travaux du Congrès. Ce sont : sir William Mac Cormac (de Londres), le lieutenant-colonel Stevenson (de Netley), délégué par le gouvernement de la reine, le professeur Thiriar (de Bruxelles), le docteur Desguins (d'Anvers), le professeur Jacques Reverdin (de Genève), le professeur Roux (de Lausanne), le professeur Severeanu (de Bucarest), le docteur Zancarol (d'Alexandrie). Ils ont été nommés présidents d'honneur pour la 7e session.

MM. le professeur Verneuil, Bouchard, MM. Alphonse Guérin, Le Dentu, Terrier, Polaillon, Reclus, Richelot et beaucoup d'autres chirurgiens de Paris assistaient à cette solennité, ainsi qu'un grand nombre de professeurs des Facultés de province; citons le professeur Ollier, le professeur Demons (de Bordeaux), Poncet (de Lyon), Heydenreich, Gross (de Nancy), Jeannel (de Toulouse). La chirurgie militaire était aussi représentée dans la personne du baron Larrey, des docteurs Rochard, Dujardin-Beaumetz, Chauvel, Lucas, Duplouy, Auffret, Delorme. Enfin, ce n'est pas sans une certaine émotion que chacun remarquait sur l'estrade et dans l'auditoire les chirurgiens français de Strasbourg, de Mulhouse et de Metz; nous avons nommé Kœberlé, Jules Bœckel, Erhmann et le docteur Lentz.

A deux heures précises, le président prend la parole, et, dans un fort beau langage, retrace les conquêtes de la chirurgie, trace ses rapports intimes avec la médecine : « La médecine et la chirurgie, dit-il, ne sont « plus que deux sœurs unies dans une même affection du mal d'autrui, « donnant en entier leurs pensées et leur cœur, sans distinction d'espèce, « à la cure des maladies humaines. » Puis, étudiant l'importanc de l'acte opératoire, il s'écrie : « si l'art opératoire est une fraction notable de la « chirurgie, ce n'est ni la plus noble ni la plus élevée. Quelques-uns le

« possèdent par don de nature, et on doit les en féliciter, mais tous peuvent « l'acquérir par le travail et la persévérance. » Et, plus loin, rappelant le praticien à l'étude de la connaissance précise du mal, il ajoute : « Avant « l'heure suprême de l'opération, il y a la justification de la nécessité d'une « intervention, problème souvent hérissé de difficultés et qui n'est encore « qu'une partie de la question. » Nous regrettons de ne pouvoir donner *in extenso* le texte de ce discours fort apprécié de tous et souvent interrompu par de vigoureux applaudissements.

Le secrétaire général, M. Pozzi, prend alors la parole et montre l'extension toujours croissante de l'œuvre qu'il a créée; cette œuvre va, du reste, sous peu, être reconnue d'utilité publique. La chose est imminente, et, dès lors, le Congrès pourra hériter, posséder, et, avec ses fonds de réserve, s'entourer de nombreuses améliorations.

Les discours terminés, les travaux du Congrès commencent immédiatement. Les communications sont même tellement nombreuses qu'une première réunion du matin avait précédé la séance solennelle de l'après-midi.

Les sujets traités dans la matinée de lundi étant très variés, nous ne ferons que les énumérer sans trop de détails.

C'est d'abord le docteur Villar (de Bordeaux) qui prend la parole sur un cas de **trépanation du rachis.** Il s'agissait d'une fracture de la colonne vertébrale ayant écrasé la douzième dorsale. Les lames des onzième dorsale et première lombaire furent enlevées. La décompression se produisit et les mouvements revinrent en partie. L'amélioration fut donc très réelle. Le docteur Condamin s'occupe ensuite de l'**omphalectomie**, sujet qui lui est favori et sur lequel il a déjà écrit dans les périodiques; aussi ne nous y étendrons-nous pas.

M. Thiriar (de Bruxelles) fait une communication sur l'**utilité d'un transplant osseux dans la cure radicale des hernies** et parle ensuite du **rein mobile comme cause productrice des affections de l'appareil génital chez la femme.** Le docteur Boiffin (de Nantes) nous relate un cas de **contusion de l'abdomen par un coup de pied de cheval** et insiste sur la nécessité de faire une intervention rapide; son malade est mort de septicémie gastro-intestinale. A ce propos, le docteur Michaux (de Paris) relate trois observations semblables dans lesquelles il a pratiqué la laparotomie. Le **pied-bot varus équin** donne au docteur Panné (de Nevers) l'occasion de retracer sept opérations de tarsectomies; et le docteur Martel (de Saint-Malo) donne l'observation d'une **taille sus-pubienne** pratiquée chez un homme pour enlever une tige et un épi de blé contenu dans la vessie.

Le docteur Reynier (de Paris) relate alors une observation curieuse intitulée : **Kyste hydatique suppuré avec péritonite. Laparotomie. Guérison.** Il s'agit d'un malade qui, enconvalescence de broncho-pneumonie, fut reconnu atteint d'un kyste du foie. On pratiqua, dans un service de médecine, une ponction avec injection de sublimé; le soir même, il y avait de la fièvre,le kyste suppura et une nouvelle ponction, sans injection cette fois, détermina une péritonite aiguë. M. Reynier prit alors le malade dans son service qui fit une laparotomie, nettoya le péritoine, fixa le kyste à la paroi et obtint la guérison. C'est un exemple de plus, dit-il, du danger des injections de sublimé dans les kystes hydatiques.

Le docteur Tuffier (de Paris) fait une communication intéressante sur les **résultats éloignés de la chirurgie rénale.** Deux facteurs sont à considérer : 1° l'état général du malade, et il rappelle qu'on peut vivre avec un seul rein, et, chose curieuse, surtout la femme; 2° l'état local, et, ici, la fistule joue le plus grand rôle, si elle existe à la suite

d'une néphrectomie, elle reste une cause imminente de dangers; mais on doit l'éviter. Sur 12 néphrectomies, M. Tuffier n'a pas eu une seule fistule, et ses recherches, qui ont porté sur 173 opérations de ce genre, ne dénotent la présence d'une fistule que 2,5 sur 100. Il faut savoir que la fistule tient ou à l'atmosphère graisseuse du rein, qu'il faut bien examiner parce qu'elle est souvent atteinte d'inflammation chronique et forme une carapace rigide qui revient difficilement sur elle-même; ou bien encore à l'uretère enflammé avec dilatation. Ici, les accidents ne surviennent que lorsqu'il y a obstacle au cours de l'urine, et, dans ces cas, il faut faire comme M. Reynier l'a fait dernièrement, extirper tout l'uretère, et M. Tuffier propose une incision combinée qui permet d'enlever dans le même acte opératoire le rein et son conduit excréteur.

Le docteur Fevrier (de Nancy) a guéri une névralgie rebelle datant de vingt et un ans et localisée surtout à la deuxième branche du trijumeau par la **résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel.** Il relate son opération qu'il a pratiquée par la voie temporale. Puis vient le docteur Ménard (de Berck-sur-Mer), qui lit **deux observations de désarticulation de la hanche dans la coxalgie incurable.** Ses deux petits malades avaient été réséqués sans résultats, étaient albuminuriques, ce qui ne l'empêcha pas d'opérer et de les guérir par l'amputation intra-iléo-fémorale. Le docteur Pamard (d'Avignon) montre ensuite un fœtus parasite enclavé par la tête dans le cou d'un second fœtus. Une simple ligature permit de les séparer. Le docteur Vaslin (d'Angers) cite le cas d'une **hématocèle transformée en pyosalpinx** et la séance se termine par une communication du docteur Jullien (de Paris), qui, avec le docteur Horteloup, a pratiqué une **prostatectomie** par la voie sus-pubienne. L'incision de la vessie fut faite transversalement, la muqueuse relevée et les trois lobes enlevés à l'aide d'une pince coupante. L'hémorrhagie fut peu considérable et facilement réprimée par le thermo-cautère.

Après les discours d'ouverture, les communications terminent la séance du soir, et deux questions particulièrement intéressantes y sont traitées : l'intervention sanglante dans les luxations anciennes de l'épaule et la chirurgie de l'estomac.

Traitement sanglant des luxations anciennes de l'épaule

C'est d'abord Sir Mac Cornac, qui relate l'observation d'une luxation de l'épaule compliquée de fracture, qui ayant résisté à toutes les méthodes de force dut être opérée. Ce chirurgien fit une arthrotomie et parvint à replacer la tête, mais il y eut de la suppuration et plus tard la résection dut être pratiquée. C'est la pratique que paraît adopter le chirurgien de Saint-Thomas de Londres, car il présente cinq têtes humérales, enlevées dans des conditions semblables, et pourtant il cite un cas de Wölfler, dans lequel ce dernier, décidé à faire une résection, fut étonné de voir la tête de l'humérus se replacer d'elle-même et guérit ainsi son malade.

M. Severeanu (de Bucarest), au contraire, s'élève contre la résection et cite une observation dans laquelle, après des tractions de 200 kilogrammes sous le chloroforme il fut obligé d'opérer.

Bien lui en prit, car après s'être donné du jour même en sciant l'acromion il put détruire les brides, rentrer la tête dans la glène, suturer capsule, os et parties molles, et rendre à son opéré des mouvements susceptibles de lui permettre, au bout de trente jours, de mettre la main à la bouche.

L'arthrotomie donne, comme on le voit, d'excellents résultats, et entre les mains du Dr Pollosson (de Lyon), cinq fois elle a permis la réintégration de la tête. Celle-ci, sauf dans un cas, a toujours été facile après destruction des brides fibreuses tenant surtout à

la partie postérieure, à ce point que ce chirurgien conseille de ne pas s'attarder à des méthodes de force souvent plus dangereuses que l'intervention sanglante.

Chirurgie de l'estomac

Roux (de Lausanne), donne d'abord quelques détails sur sa pratique dans la chirurgie gastro-intestinale. Pour lui, la gastro-entérostomie est un pis aller, puisqu'elle donne 50 p. 100 de mortalité opératoire, mais elle peut encore rendre cependant bien des services, combinée ou non à la résection du pylore.

Le diagnostic de la lésion et de son étendue est souvent difficile, puisque quinze fois il a fait des laparotomies exploratrices, sans aller plus loin à cause de la gravité même des lésions. Sur quatorze opérations de gastro-entérostomies, il a eu sept morts, dues soit au shock, soit à l'abouchement d'une anse intestinale trop voisine du cœcum. Quant au siège de la bouche stomacale, il paraît plus dangereux de l'établir en avant : sur six cas, en effet, d'abouchement antérieur, il a eu cinq morts et une guérison, tandis qu'avec l'ouverture postérieure, sur huit opérations il a eu six succès. Il ne redoute pas d'alimenter ses malades, puisqu'au septième jour il les fait manger des biftecks et des pommes de terre.

M. Roux montre toute la région pylorique et une grande partie du côlon transverse adhérent à l'estomac qu'il a enlevé dans la même séance, et malgré cette suppression d'une partie considérable du tube gastro-intestinal, la malade se porte encore très bien et il y a onze mois que l'opération a été pratiquée.

M. Doyen (de Reims) a surtout en vue le traitement des affections non cancéreuses de l'estomac, les seules où l'on puisse obtenir une guérison durable, bien que nous considérions comme très satisfaisants les résultats obtenus dans les cas de néoplasmes très limités. Billroth, Czerny, Kocher ont observé des survies de deux, trois et même cinq ans.

Pour nous croire autorisé, dit-il, à entreprendre, dans les cas d'affections non cancéreuses de l'estomac, des opérations aussi graves que la pylorectomie et la gastro-entérostomie, il fallait que nous disposions de procédés opératoires susceptibles de ne pas nous donner de mécomptes. La mortalité des résections du pylore est, en effet, demeurée jusqu'ici de 40 à 50 p. 100. Nous avons successivement pratiqué la pylorectomie avec suture de l'estomac en raquette et l'abouchement duodénal, la pyloroplastie, la gastro-entérostomie par diverses méthodes. Il nous suffira de décrire ici le procédé le plus sûr, tant pour les suites immédiates que pour les résultats éloignés de l'opération.

Après avoir décrit la situation anatomique de l'estomac, il pense que, comme il est presque impossible, au cours de l'opération, de s'assurer de la parfaite perméabilité de l'anse duodénale, le mieux est de la fermer à la circulation des aliments.

L'opération est faite de la manière suivante : 1° incision médiane sus-ombilicale; 2° exploration de l'estomac, du foie, du côlon et du duodénum; 3° si l'opération est décidée : recherche de la première anse du jéjunum; un fil est passé au travers de son mésentère et l'intestin réduit; c'est alors qu'il faut décider si le pylore sera ou non réséqué; 4° le pylore est examiné avec soin; existe-t-il un épaississement néoplastique ou cicatriciel, si les adhérences sont étendues, il ne faut pas songer à l'extirpation, qui serait illusoire en cas de cancer et aggraverait inutilement l'opération dans le cas d'une simple cicatrice. Le néoplasme est-il mobile, on procède à son isolement en perforant avec les doigts les épiploons gastro-hépatique et gastro-colique; deux pinces courbes à pression élastique sont appliquées au-dessous du néoplasme. sur le duodénum, qui est sectionné entre leurs mors; il ferme le duodénum par trois plans de suture; 5° l'esto-

mac et le duodénum étant désormais terminés en cul-de-sac, il établit le nouveau pylore; la première anse du jéjunum est sortie du ventre, ainsi que le grand épiploon, qui est introduit par une petite déchirure dans l'arrière cavité, et fixé dans cette situation par quelques sutures gastro-coliques.

La première anse du jéjunum est placée au devant de l'estomac, de telle sorte que le cours des matières soit dirigé dans le même sens qu'auparavant, c'est-à-dire de gauche à droite. La bouche est alors établie et le pylore réséqué s'il y a lieu.

N'y a-t-il pas indication à faire l'ablation du pylore, il faut néanmoins l'oblitérer afin d'obtenir un fonctionnement parfait de l'orifice gastro-jéjunal. On dispose, à cet effet, de deux procédés : 1° section de l'estomac en amont du rétrécissement et fermeture séparée, en cul-de-sac, du duodénum et de l'estomac; 2° fermeture du pylore non sectionné par une série de sutures séreuses déterminant le plissement et l'invagination dans l'ancien orifice pylorique d'une certaine étendue de la muqueuse gastrique. Dans l'un comme dans l'autre cas, la gastro-jéjunostomie est faite suivant le procédé que nous avons indiqué.

M. Doyen a tenté 28 fois d'intervenir pour diverses affections de l'estomac et du duodénum. Il s'est agi 16 fois de lésions non cancéreuses, 12 fois de néoplasmes, 5 fois de cancer.

1° Laparotomie exploratrice. Cinq fois, ce chirurgien a dû se contenter d'une exploration, la dégénérescence cancéreuse ne permettant pas même l'exécution d'une simple gastro-entérostomie.

2° 3 pyloroplasties lui ont donné 2 insuccès; il a abandonné cette opération comme défectueuse.

3° Il a tenté, également sans succès, *in extremis*, dans 2 cas de cancer très étendu, la pylorectomie en raquette combinée, dans 1 cas, à la gastro-entérostomie.

4° 10 gastro-jéjunostomies lui ont donné 4 insuccès; 2 de ces opérations ont été faites *in extremis;* 2 autres par un procédé défectueux, de telle sorte que l'évacuation du contenu stomacal n'a pu se faire dans des conditions satisfaisantes (2 cancers; 8 cas de sténose pylorique ou duodénale et de spasme du pylore compliquant l'ulcère simple).

5° 7 pylorectomies avec occlusion du duodénum et gastro-jéjunostomies lui ont donné 6 succès (3 cancers; 4 sténoses simples).

6° Enfin, nous signalerons une opération d'estomac en bissac, le rétrécissement de la partie moyenne du viscère étant dû à un vaste ulcère de la petite courbure, avec rétraction cicatricielle et adhérence à la paroi abdominale. La malade a guéri et se porte à merveille. Cette opération est, à notre connaissance, la première opération d'estomac en bissac qui soit publiée. Il conclut que l'occlusion du pylore avec résection facultative de ce dernier et gastro-jéjunostomie est une excellente opération, puisque, sur 12 cas, elle n'a donné qu'un insuccès, de cause extra-opératoire (infection hépatique). Cette opération, dit l'orateur, donne la guérison radicale des dyspepsies graves, maladie de Rechmann, crises gastralgiques, dilatation de l'estomac, vomissements alimentaires, hématémèses, les symptômes les plus graves disparaissent dès le jour de l'opération, et les malades se trouvent d'autant mieux soulagés qu'il leur fait prendre, dès le réveil chloroformique, de l'eau de Vichy par cuillerées à café et il est convaincu qu'avec la description d'un procédé capable de réduire de 50 p. 100 à 10 p. 100, et peut-être moins encore, la mortalité de la pylorectomie et de la gastro-jéjunostomie, la pathologie de l'estomac entre dans une voie nouvelle et que la plupart des cas réputés incurables bénéficieront désormais de la nouvelle opération.

Différentes intéressantes communications suivent ces deux grandes discussions :

Le docteur Lentz (de Metz) cite le cas d'une **tumeur hétérogène du corps thyroïde**

(enchondro-sarcome) qu'il a opéré avec succès, mais son malade est mort de cachexie strumiprive, et le docteur VAN STOCKUM (de Leyde) lit un très important travail sur la **compression cérébrale.** Il a fait de nombreuses expériences et indique une nouvelle théorie.

Le professeur PONCET (de Lyon) étudie à nouveau **les indications et les résultats éloignés de l'uréthrotomie périnéale.** On sait que, dans les rétrécissements, il établit un méat au périnée, et quand, en même temps, il existe une hypertrophie de la prostate, il peut facilement sonder le malade par la boutonnière périnéale. Cette opération soulage énormément le malade. A ce point, dit le professeur VERNEUIL, qui félicite M. Poncet d'avoir régularisé ce que les chirurgiens ont subi, que, dans un cas, il voulait fermer l'hypospadias qu'il avait créé par une uréthrotomie externe et que le malade s'y opposa.

Le docteur JACOBS (de Bruxelles) fait une communication sur l'**hystéropexie vaginale double.** Il redresse le col en le fixant au vagin comme par le procédé de Richelot-Nicoletis. M. POZZI lui fait observer qu'il est peu sûr de prendre un point d'appui sur un plan mobile comme le vagin et pose en même temps les indications des opérations à faire dans les cas de déviation utérine. Souvent, les annexes sont malades ou il y a de la métrite, et il faut d'abord la soigner. Si l'utérus est réductible. il est nécessaire de refaire le périnée et de mettre un pessaire; s'il est adhérent, il faut rompre d'abord ou relâcher les adhérences par la laparotomie. M. CHALOT (de Toulouse) vient appuyer ce dire. Il s'est bien trouvé du raccourcissement des ligaments ronds, comme il l'a exposé au dernier Congrès pour l'avancement des sciences, dans les cas où l'utérus est mobile.

Le docteur PIECHAUD (de Bordeaux) vient vanter l'**arthrodése astragalo-scaphoïdienne** dans la cure des pieds valgus paralytiques. Il ne la pratique cependant qu'après avoir essayé l'électricité sur les deux muscles qu'il a reconnus le plus souvent atteints d'atrophie, et qui sont le jambier antérieur et le triceps sural.

C'est d'un **kyste hydatique de l'espace retro-vésical** compliqué d'autres kystes du foie et du mésentère, que le docteur VILLAR (de Bordeaux) vient entretenir le Congrès. La laparotomie avec marsupialisation de la poche a parfaitement guéri son malade et il recommande ce genre d'intervention. M. PONCET pense que ces kystes multiples sous-péritonéaux sont très difficiles à opérer et causent souvent la mort, ce à quoi M. DESMONS répond qu'il a opéré un cas absolument semblable à celui de M. Villar et qu'il a obtenu rapidement la guérison.

Le docteur DELAGÉNIÈRE (du Mans) emploie dans toutes ses opérations abdominales **le plan incliné** et fait valoir ses avantages, et à ce propos retrace sa pratique et ses résultats dans 102 interventions, et la séance se termine par une communication du docteur TOURNAY (de Bruxelles), sur un cas remarquable de **grossesse extra-utérine,** dans lequel la laparotomie fut infructueuse et qui guérit par une hystérectomie vaginale faite avec le procédé du morcellement.

SÉANCE DU MARDI 4 AVRIL 1893

La deuxième journée du Congrès a été employée à la discussion de la première question à l'ordre du jour : **les tumeurs fibreuses de l'utérus.** L'amphithéâtre est absolument plein. On peut penser qu'à propos du traitement des fibromes, le débat pourra s'élargir et toucher à la question de la forcipressure. C'est le docteur KŒBERLÉ qui prend le premier la parole.

Le célèbre chirurgien de Strasbourg donne son opinion sur l'évolution des tumeurs fibreuses utérines et pose ensuite les indications et contre-indications du traitement.

Ce sont des tumeurs bénignes, dit-il, qui, par leur volume, leur siège, leurs hémorrhagies dans les périodes cataméniales peuvent causer des accidents. Ces tumeurs peuvent guérir spontanément, mais réclament souvent l'ablation. Plus les cas sont graves et plus l'indication est formelle. Quand le fibrome siège sur le segment inférieur de l'utérus, l'extirpation totale sus-vaginale donne d'excellentes guérisons; quand il siège sur le fond de la matrice, il peut devenir énorme et l'opération n'est qu'assez rarement indiquée. Du reste,la laparotomie dans ces cas donne d'excellentes guérisons. Il n'en est pas de même quand ces tumeurs sont intra-pelviennes, ici l'opération est toujours difficile et grave.

L'orateur termine en rappelant que l'hémostase, par pression avec les pinces à forcipressure a beaucoup facilité la tâche des chirurgiens, qu'il peut en revendiquer la plus large part, puisqu'il se servait de ces pinces en 1865 et qu'en 1867, il avait déjà supprimé la ligature dans beaucoup de ses interventions.

M. le docteur Péan prend ensuite la parole et s'élève contre la prétendue bénignité des fibromes, ils sont si peu bénins que, frappé de l'issue assez souvent fatale et du misérable état dans lequel ils mettent l'organisme, il eût un des premiers l'idée de leur pratiquer le traitement qui réussissait si bien aux kystes de l'ovaire. Kœberle avait eu peu de succès, ses résultats furent plus satisfaisants et d'autant plus que l'intervention était plus précoce. L'orateur décrit alors son procédé et insiste sur le pincement des ligaments larges; il retrace ensuite l'hystérectomie par le morcellement qu'il a faite en 1882, puis l'hystérectomie vaginale totale, opération qu'il tend de plus en plus à substituer à la laparotomie et donne alors sa statistique.

Sur 200 tumeurs kystiques ou fibro-kystiques du corps de l'utérus opérées par différents procédés, il a eu 170 succès et 30 insuccès, et de 1886 à 1893, la mortalité s'est réduite à 10 p. 100 par la laparotomie. Dans les opérations où l'on combine la voie abdominale et la voie vaginale, la mortalité est encore plus basse dans sa statistique, puisqu'elle n'est plus que de 2 p. 100, de même pour les opérations pratiquées par la voie vaginale seule.

Le Dr Doyen (de Reims), croit aussi les fibromes plus graves qu'on ne le pense, à cause de leur dégénérescence épithéliomateuse ou sarcomateuse ; mais il veut surtout étudier l'acte opératoire. Pour lui, toutes les fois qu'une tumeur peut être enlevée par e vagin, il ne faut pas ouvrir le ventre et conserver la laparotomie pour les fibromes qui dépassent l'ombilic.

Il retrace alors deux procédés opératoires qui lui sont propres : l'hystérectomie vaginale qu'il fait sans hémostase préventive, en sectionnant un V par morcellement, sur la face antérieure de l'utérus, en faisant basculer celui-ci, et en terminant en plaçant seulement deux pinces de chaque côté sur les ligaments larges. Sur 33 interventions de ce genre il n'a eu qu'une seule mort.

Pour l'hystérectomie abdominale totale, il ne fait pas non plus d'hémostase préventive, il n'y en a pas besoin. La laparotomie faite, il sectionne l'utérus fibromateux juste au-dessus du niveau des ligaments larges, décolle une collerette de péritoine, place les ligatures sur les utérines et les vaginales et désinsère le col du vagin. Sur 14 opérations par ce procédé, il n'a eu qu'une mort due à l'influenza au quatorzième jour.

Le chirurgien de Reims, attaquant alors la question du pincement des ligaments larges, l'attribue à Spencer Wells et à Richelot, comme on peut s'en rendre compte par les dates des travaux parus et antérieurs aux publications de M. Péan qui, comme on peut le voir dans les observations insérées dans ses livres, faisait encore à ce moment la ligature des vaisseaux.

Il tient aussi à faire remarquer combien ses procédés diffèrent de ceux de M. Péan qui procède par évidement de dedans en dehors, tandis que lui opère en plein péri-

toine et tojours de dehors en dedans, ce qui lui permet d'agir avec plus de rapidité, puisqu'il ne lui faut en moyenne que vingt minutes pour enlever un fibrome de 1,800 grammes. Il blâme, enfin, l'hémostase préventive qui est inutile et a l'inconvénient de laisser dans le vagin 20 pinces en moyenne, puisque, d'après ses relevés, dans 87 interventions, M. Péan a laissé 1,761 pinces.

Ici se place un *incident*. M. Péan reprend que le pincement des ligaments larges lui appartient, que Spencer Wells n'a fait que l'indiquer et termine en des termes que nous ne reproduisons pas, étant incapable de les donner dans leur intégrité. Il prend à partie M. Verneuil. La réponse du président du comité permanent du Congrès français de chirurgie, que nous reproduisons textuellement, renseignera suffisamment le lecteur.

M. Verneuil : M. Péan vient, dans son discours, sans raison, sans motif, sans excuse, de prononcer, à mon égard, une parole tout à fait discourtoise, « deux chirurgiens, a-t-il dit, M. Kœberle et Verneuil, dont je ne suis pas l'élève, heureusement ».

Il est parfaitement vrai que M. Péan n'a jamais été mon élève. J'ai des élèves nombreux et aucun d'eux ne ressemble à M. Péan.

En revanche, M. Péan voudrait faire croire que c'est moi qui suis son élève, car il m'aurait appris la forcipressure ; or, cette assertion est extraordinairement inexacte, M. Péan n'a jamais été mon maître. Dieu merci !

(*A suivre.*)

REVUE DE L'HYGIENE

Aliments glycérinés. — Quelque désir qu'on ait de varier les sujets, il faut toujours, en hygiène, en revenir aux falsifications alimentaires, tant l'ingéniosité des fraudeurs est habile et variée. Après la vaseline qu'on a tenté naguère de substituer au beurre dans la confection de la pâtisserie, c'est la glycérine qu'on veut faire entrer aujourd'hui dans nos aliments à dose redoutable.

Un industriel a demandé récemment, au préfet de police, l'autorisation de mettre en vente un aliment contenant de 20 à 40 p. 100 de cette substance. M. Riche, chargé de rendre compte de cette demande au conseil d'hygiène, n'a pas eu de peine à convaincre ses collègues du danger d'une pareille pratique. La glycérine, même pure, n'est pas inoffensive à doses pareilles, et chacun sait combien il est difficile de la purifier. Dans la pratique, on n'emploierait inévitablement que leproduit livré par les fabriques de bougie stéarique, lequel est tout simplement toxique.

Le conseil d'hygiène,dans sa séance du 24 mars, a repoussé l'autorisation à l'unanimité.

Teinture de fruits. — L'année dernière, au mois de mars, on vit apparaître sur, les marchés, des fleurs de couleurs invraisemblables. C'était d'abord des œillets verts, assez laids par parenthèse, puis des fleurs variées de nuances bizarres, de teintes inédites, et ces fleurs étranges furent un instant à la mode. On obtenait ces colorations artificielles de deux façons : en faisant absorber la matière tinctoriale par la tige coupée ou en trempant tout simplement la fleur dans la solution.

M. le professeur Planchon fut chargé par le préfet de police d'examiner ces fleurs peintes, au point de vue de la santé publique, et dans son rapport au conseil d'hygiène, il exprima l'avis que cette pratique était inoffensive et qu'il n'y avait pas de raison sérieuse pour l'interdire (1).

(1) Planchon. Rapport sur la coloration artificielle des fleurs, lu au conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, le 3 mars 1893.

Aujourd'hui ce ne sont plus les fleurs, ce sont les fruits qu'on colore artificiellement, et les conséquences ne sont plus les mêmes.

On donne à la pulpe des oranges ordinaires de basse qualité, la teinte rouge vif des oranges sanguines à l'aide d'un dérivé azoïque dans lequel M. Barillé a reconnu la *roccelline* ou l'*écarlate de Biebricht*.

On obtient de la même façon des ananas à pulpe rose. Les citrons sont teints en jaune nuancé de vert à l'aide du *jaune de naphtol* ou de la *citronine*. La pointe de vert est obtenue avec une minime quantité de *vert-diamant*.

Les fraises blanches, celles qui ont un vilain aspect, deviennent d'un beau rouge avec le *sulfo de fuchsine* ou la *rhodamine*, ou bien encore avec un mélange de cette dernière et de *rouged azoïque*.

On donne aux pêches un joli velouté rouge avec un mélange de *rhodamine*, de *rouge azoïque* et de *citronine*, en l'appliquant par places avec un pinceau à l'aide d'un patron en zinc découpé et troué *ad hoc*. « C'est, comme le dit M. Bruhat, plus que de la science, « c'est de l'art : l'art du *peintre décorateur en pêches veloutées* ».

Pour le melon, on s'y prend d'une autre façon. On injecte une solution de *tropæoline* (*orangé azoïque*) jusqu'au centre avec une pompe foulante et un tuyau, puis on l'aromatise avec l'*essence de melon artificielle*. M. Villon dit avoir également vu des melons teints extérieurement par une simple immersion à froid dans un bain de *rouge solide*.

Pour les pommes et les poires, on parvient, avec les couleurs *d'aniline*, à leur donner des nuances variées fort agréables à l'œil. La coloration porte sur la pulpe et la pelure; mais on peut rendre à celle-ci sa couleur primitive, en immergeant les fruits dans un réducteur, et la pulpe n'en conserve pas moins sa coloration artificielle.

M. Villon, qui s'est beaucoup occupé de cette question, a fait mieux encore. Dans un dîner qu'il donnait au mois de juillet dernier, il fit servir, au dessert, des poires qui avaient tout à fait l'aspect de fruits ordinaires, mais, à la coupe, elles présentaient les couleurs nationales. Le bleu avait été obtenu avec le *bleu Victoria* S, le rouge avec la *rhodamine* mélangée avec un peu de *rouge Carnot*. (*Journal d'hygiène*, numéro du 16 février 1893, p. 76.)

Les parasites du biscuit de troupe. — Au mois de janvier 1892, le Dr Stœbel a publié, dans les *Archives de médecine militaire*, un travail sur les ravages qu'un insecte du genre *microlépidoptère* exerce dans les approvisionnements de biscuit de l'armée.

M. le Dr Decaux a complété cette étude dans le numéro du mois d'août 1892 de ce même recueil, et le numéro du 20 février de la *Revue d'hygiène* en a donné un résumé.

M. Decaux a obtenu l'éclosion de trois espèces différentes du genre microlépidoptère : l'*Ephesta elutella*, l'*E. interpunctata* et l'*Asopia farinalis*; il en a étudié et décrit les œufs, les chenilles, les chrysalides et les papillons ; il a fait connaître leurs mœurs et les époques de leur évolution. Ils pénètrent le soir dans les magasins par les fenêtres ouvertes, pendant le ressuage. Une caisse infectée gâte presque toujours le biscuit qu'on y met de nouveau. On les désinfecte une fois vides en les passant à l'étuve, mais cette mesure est souvent illusoire, parce qu'il faudrait faire monter la température à 130 degrés. D'ailleurs, comme on les met ensuite en magasin, les papillons viennent de nouveau y déposer leurs œufs.

M. Decaux conseille, pour préserver le biscuit de ces insectes, de ne le fabriquer qu'à l'époque où il n'y a pas d'éclosion d'œufs, c'est-à-dire du 15 septembre au 15 mai, de l'emballer une fois fait dans des caisses en fer-blanc bien ajustées, en collant du papier sur les joints.

C'est ainsi que les biscuits *Humley*, *Palmers*, etc., se conservent presque indéfiniment. Pour détruire les papillons, leurs œufs et leurs chrysalides, M. Decaux conseille

de gratter les murs des magasins, de les laver à la potasse et de les badigeonner au coaltar additionné de pétrole, du 15 avril au 15 mai. Il recommande de brosser, de laver les planchers, de boucher leurs fentes au mastic, et de reblanchir les plafonds à la chaux. Pour détruire les papillons qui viennent du dehors, on tend des ficelles enduites de miel, de mélasse, on les attire la nuit par des lampes à réflecteur, à la flamme desquelles ils viennent se brûler. Il est plus prudent encore de tenir les magasins fermés de 5 heures du soir à 9 heures du matin. En mai, on désinfecte les magasins en y brûlant du soufre. (Dr Decaux. Les parasites du biscuit de troupe; moyens de préservation. *Archives de médecine militaire*, août 1892, p. 81.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1893. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Trente-deux opérations de goitre

M. J. Bœckel (de Strasbourg). — J'ai pratiqué jusqu'à ce jour 32 strumectomies dont 15 extirpations partielles, 2 totales et 14 énucléations.

Sur ces 32 opérés, on compte 27 femmes et 5 hommes. Rare dans l'enfance et dans la vieillesse, le goitre est surtout fréquent vers l'âge moyen de la vie.

La forme la plus ordinaire est le goitre parenchymateux (23 cas). Les goitres kystiques proprement dits sont au nombre de 6, dont 4 colloïdes et 2 suppurés; enfin, j'ai opéré un goitre muqueux colloïde, un papillome kystique et un sarcome du corps thyroïde.

Comme procédé opératoire, je ferai remarquer qu'à partir de l'année 1890, je n'ai plus guère fait que des énucléations; c'est là, selon moi, l'opération de choix, et l'on doit y recourir chaque fois qu'elle est possible, ce qui est le cas le plus fréquent. Cette opération est plus facile, plus rapide et ne s'attaque qu'au lobule intraglandulaire, c'est-à-dire au seul tissu pathologique : elle respecte, par conséquent, le tissu thyroïdien proprement dit. De cette façon, le malade est mis à l'abri des complications éloignées résultant de l'ablation totale du corps thyroïde (myxœdème opératoire).

L'énucléation, dans la majorité des cas, a, en outre, l'avantage d'exposer le malade à une perte de sang moindre que l'extirpation.

Quant aux indications de l'énucléation, elles résident d'une part dans l'intensité de la dyspnée, d'autre part dans la dégénérescence et les déformations trachéales qui surviennent chez tous les goitreux au bout d'un temps variable.

Il n'y a guère que dans les cas de goitres annulaires qu'on sera autorisé à pratiquer l'extirpation totale. Encore faudra-t-il que des accidents graves menacent directement et à brève échéance la vie du malade. Lorsque la trachée est aplatie en fourreau de sabre, il conviendra de faire simultanément la trachéotomie pour éviter la mort subite post-opératoire.

La fausse vaccine

M. Hervieux : Je pose en principe qu'il n'y a pas de fausse vaccine dans l'acception littérale du mot. Cette appellation ne pourrait s'appliquer qu'à une affection qui en imposerait pour la vaccine et qui ne serait pas de la vaccine vraie. Il n'y a pas plus de fausse vaccine qu'il n'y a de fausse variole. De même que la varioloïde n'est qu'une

variole modifiée par la vaccine, de même la fausse vaccine n'est que de la vaccine vraie modifiée par des vaccinations antérieures.

Dans la pensée de ceux qui croient à la fausse vaccine, celle-ci constituerait une affection qui n'aurait de la vaccine vraie ni les caractères cliniques, ni le pouvoir vaccinant, ni l'action préservatrice. Or, c'est là une erreur.

Dans la description que nous avons donnée des variétés que présente l'exanthème de la fausse vaccine, nous avons indiqué autant de ces variétés qu'il y a de phases dans la période de déclin de l'immunité.

Au début de cette période, quand l'immunité est légèrement entamée, on n'obtient, au niveau de chaque piqûre, qu'une papule rosée qui disparaît rapidement.

A une décroissance plus grande de l'immunité correspond une éruption papulo-vésiculaire qui ne laisse pas non plus de cicatrices apparentes.

Avec une déchéance plus avancée de l'immunité on a une papule plus large, une vésicule plus volumineuse, une formation croûteuse plus épaisse, une cicatrice visible, mais qui ne persiste jamais.

La période de déclin arrivée près de son terme, l'éruption présentera des caractères qui se rapprocheront d'autant plus de ceux de l'exanthème vaccinal type, que la renaissance de la réceptivité sera plus avancée.

De même, chacune des principales variétés de l'éruption propre à ce qu'on appelle la faussse vaccine présente des traits de ressemblance frappants avec les caractères des différentes classes de l'éruption vaccinale classique.

On n'a pas plus le droit de contester la nature de la vaccinoïde qu'on n'a le droit de contester la nature de la varioloïde, à cause des différentes pustules que peut présenter celle-ci. L'inoculation, d'ailleurs, viendrait bientôt confondre ceux qui hésiteraient.

On a objecté la durée de l'exanthème vaccinale dans la prétendue fausse vaccine. Mais celle-ci, arrêtée dans son développement par ce qui reste d'immunité qu'avait créée la première vaccination, ne peut être qu'une éruption écourtée. Sa brièveté sera d'autant plus grande qu'elle aura été plus empêchée par l'immunité. Mais elle n'en sera pas moins fille de la vaccine vraie, et, à ce titre, participera de la même nature que sa mère.

Une objection beaucoup plus grave est celle qui est relative à l'incubation de la vaccine, incubation qui n'existerait pas dans la fausse vaccine, et qui serait de trois à quatre jours dans la vaccine vraie.

Quand on suit attentivement et jour par jour les progrès de l'évolution vaccinale chez un jeune enfant, on reconnaît qu'il y a beaucoup à rabattre de cette durée de trois à quatre jours au moins attribuée à la période d'incubation. C'est le second jour qu'on voit le plus habituellement apparaître le petit cercle rose qui signale à l'observateur l'apparition du bouton vaccinal. Ce cercle, qui n'a pas plus de 2 à 3 millimètres de diamètre, échappe facilement à un examen superficiel. Mais il ne prouve pas moins que l'imprégnation de l'organisme par le virus vaccinal est un fait accompli.

D'après une visite faite vendredi dernier dans le service de M. Devaux, j'ai pu constater de nouveau que le temps d'incubation de la vaccine chez les nouveau-nés n'excédait pas une durée de vingt-quatre heures.

D'autre part, chez les revaccinés, on a fait cette incubation beaucoup trop courte. On l'a, pour ainsi dire, supprimée en plaçant le début de la période d'éruption immédiatement après l'inoculation vaccinale.

L'observation des sujets revaccinés nous a appris que, non seulement il existait une période d'incubation dans la fausse vaccine, mais que cette période avait une durée habituelle de vingt-quatre heures.

Une circonstance peut en imposer par l'éruption précoce de fausse vaccine, c'est l'irritation produite au niveau des piqûres soit par des travaux manuels, soit par des grattements répétés.

Je me résume en disant : « Oui, la fausse vaccine n'est que de la vaccine vraie, parce que, à part les échecs que fait subir à ses caractères cliniques la conservation d'une dose plus ou moins grande d'immunité, elle peut fournir du vaccin comme elle et préserve comme elle. Nier cette vérité, j'estime que ce serait un contre-sens physiologique et une hérésie pathologique. »

M. Dumontpallier. — Dès 1860, Trousseau et moi avons démontré qu'il n'existait pas de *fausse vaccine* et que, toutes les fois que la vaccination était suivie d'une éruption locale, il y avait vaccine vraie; nous avions donné à cette variété de vaccin le nom de *vaccinoïde* ou *vaccine modifiée.*

J'avais été conduit à proposer à Trousseau cette dénomination, parce que j'avais obtenu sur des enfants un vaccin entièrement normal en leur inoculant de la sérosité d'une vaccine prétendue fausse. Cette expérience, je l'ai répétée au lycée Louis-le-Grand et j'ai obtenu les mêmes résultats. On peut donc, avec l'inoculation de vaccine prétendue fausse, reproduire une vaccine vraie, normale, chez des sujets vierges de toute vaccination antérieure et chez des sujets antérieurement vaccinés dont la réceptivité offre des degrés variés.

M. Ollivier. — Pendant la guerre de 1870, j'ai vacciné beaucoup d'enfants avec de la sérosité vaccinale recueillie sur des adultes, c'est-à-dire avec de la vaccinoïde et j'ai toujours obtenu une éruption de vaccine vraie.

M. Guéniot. — Cela prouve bien que la fausse vaccine est de même nature que la vaccine vraie, mais ce qui m'étonne, c'est que, quand on vaccine un enfant ou un adulte vierge de toute vaccination antérieure ou de variole, on obtient toujours ou de la vaccine vraie ou rien. Je me demande comment il se fait qu'on n'observe jamais de degrés intermédiaires et en particulier de la vaccinoïde.

COURRIER

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Les séances de la quatrième session annuelle auront lieu les jeudi 6, vendredi 7 et samedi 8 avril, de 9 heures à 11 heures, au musée de l'hôpital Saint-Louis, salle des conférences.

— Concours pour le bureau central (chirurgie). — La question donnée à l'épreuve écrite a été la suivante : *œsophage, rétrécissements non cancéreux de l'œsophage.* La lecture des compositions commencera le 15 avril dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

— Concours pour trois places de médecin du bureau central. — Ce concours sera ouvert le lundi 15 mai 1893 à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique.

Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 17 avril à midi, et clos le samedi 29 à 3 heures.

— Faculté de médecine de Lille. — M. le professeur de Lapersonne est nommé doyen de ladite Faculté.

Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Pic.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du mardi 4 avril 1893 (soir)

Présidence de M. Lannelongue

Suite de la discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus

L'acte opératoire avait surtout préoccupé les orateurs précédents. M. Bouilly, dans une remarquable communication, replace la question sur le terrain de la clinique, et, partant, de l'observation pose les indications et les contre-indications du traitement. Il faut se méfier, nous dit-il, de comparer des cas non comparables d'appliquer partout la même thérapeutique, et il est absolument nécessaire d'établir des catégories.

Il existe d'abord des fibromes qui n'ont pas besoin d'être opérés et les cas justiciables d'une intervention peuvent se classer de la façon suivante : d'abord les fibromes à évolution rapide ou bien ceux qui, par leur volume, sont incompatibles avec les exigences de la vie; ceux qui compriment le rectum, les tumeurs qui occasionnent des pertes hydrorrhéiques ou hémorrhagiques, ensuite celles qui sont douloureuses et elles le sont en général par lésion concomitante des annexes, enfin les fibromes dégénérés avec ascite, ou compliqués de dégénérescence soit épithéliomateuse, soit sarcomateuse, enfin ceux qui présentent une marche du côté du vagin.

Quel est le traitement à appliquer ? le seul radical c'est l'ablation; mais il existe une autre thérapeutique beaucoup moins dangereuse qui agit indirectement, fait cesser les accidents et guérit souvent la malade, car elle s'adresse aux accidents qui mettent la vie en danger.

Les hémorrhagies sont souvent, en effet, des ménorrhagies, c'est-à-dire une exagération des règles; en enlevant les ovaires on combat ce symptôme. Les douleurs sont dues à la lésion des annexes, en faisant leur extirpation elles cessent. Que si l'écoulement sanguin est continu, que si il y a hydrorrhée on n'emploie pas la même opération, car ces pertes coïncident toujours avec la présence d'un fibrome sous-muqueux et la castration n'y ferait rien.

Cette intervention ne sera faite que lorsqu'elle sera facile et seulement alors elle sera indiquée, car le fibrome ne sera pas très gros et au plus à mi-chemin de l'ombilic et du pubis. Dans d'autres conditions, au contraire, les annexes sont difficiles et quelquefois même impossibles à trouver : Il faudra dans tous les cas savoir les chercher aplatis sur le globe utérin.

M. Bouilly a opéré 26 malades par ce procédé et a eu 3 décès ; mais les cas étaient très mauvais, et les indications pas nettement posées. Chez les autres opérés, 3 fois les hémorrhagies ont repris par évolution du fibrome, 1 autre fois l'insuccès a été complet; mais chez les 18 autres malades le résultat a été excellent; tout accident a cessé et toutes les tumeurs ont diminué; plusieurs mêmes ont complètement disparu.

M. Pozzi a été autrefois partisan de l'opération de Battey, mais il a éprouvé des déboires, et il pense que ses indications, loin de s'étendre, se restreignent de plus en plus.

La tumeur, les compressions, l'albuminurie qu'elle détermine, persistent malgré la

castration et mettent la vie de la malade en danger. A ce propos, le chirurgien de Pascal cite une observation curieuse dans laquelle il a enlevé un fibrome sous-péritonéal, pour faire cesser la compression a fait basculer le fond de l'utérus myomateux et l'a hystéropexié à la paroi antérieure de l'abdomen, il pense que cette pratique pourra être à l'avenir utilisée dans des cas analogues.

Les indications étant posées, les types opératoires étant énumérés par les précédents orateurs, M. Richelot monte à la tribune et compare les différentes opérations. Comme M. Pozzi, il a fait la *castration ovarienne;* mais il a vu les hémorrhagies se reproduire, trouve l'intervention incertaine et pense qu'il y a mieux. L'*énucléation* par la voie abdominale n'est pas à employer; par la voie vaginale, c'est l'ancienne opération d'Amussat rajeunie. Elle convient aux tumeurs uniques et lui a donné deux guérisons remarquables. Quant à l'*hystérectomie*, il en est un chaud partisan. Dès 1888, il en publiait quelques observations pratiquées par la voie vaginale. Avec le morcellement, des opérations jadis inabordables sont devenues aujourd'hui possibles; sur 34 hystérectomie vaginales il n'a eu qu'une mort, et le cas était des plus graves. Dans le nombre il y avait des tumeurs pesant 1,300 grammes.

Il faut donc opérer par le vagin les fibromes qui bourrent le segment inférieur de la matrice, s'enclavent dans le petit bassin et font basculer l'utérus en arrière et saillir en avant le cul-de-sac de Douglas. Aux myomes qui soulèvent l'utérus et se développent tout entier au-dessus du détroit supérieur, il faut l'hystérectomie abdominale.

M. Richelot est l'apôtre de la réduction intra-péritonéale du pédicule, et nous donnerons dans un prochain numéro son opinion développée sur ce point de thérapeutique; contentons-nous pour le moment de dire que sur 21 cas opérés par ce procédé, il n'a eu que 2 morts et l'une d'elle est imputable à une péritonite tuberculeuse.

M. Reynier, avant 1890, a souvent essayé le traitement médical ou électrique: il n'en a obtenu aucun bon résultat. Depuis 1890, il a pratiqué 23 opérations pour fibromes avec 3 morts; voici leur énumération:

4 castrations, 4 guérisons complètes;

5 hystérectomies vaginales complètes avec ou sans morcellement, 5 guérisons;

14 laparotomies avec pédicule intrapéritonéal, 1 fois (1 guérison), et avec pédicule extrapéritonéal 13 fois (3 morts).

Pour les fibromes de moyen volume, le morcellement vaginal doit être fait; pour les gros, la laparotomie seule est praticable; le pédicule sera laissé à l'extérieur.

M. J. Bœkel (de Strasbourg) a fait 20 opérations pour fibromes et a eu 5 morts. Dans tous les cas de fibromyomes volumineux, il a eu recours à la laparotomie: le traitement extrapéritonéal du pédicule est pour lui moins dangereux. L'hystérectomie vaginale est l'opération la moins grave; je n'ai eu par ce procédé aucun accident dit-il et il me semble indiqué dans tous les cas où le fibrome n'a pas un volume excessif.

C'est avec un total de 36 opérations abdominales, pour fibromes ayant donné 23 p. 100 de mortalité et 11 interventions vaginales sans une mort, que le docteur Jacobs (de Bruxelles) se présente au Congrès.

La ménopause ne lui semble pas atténuer l'évolution des fibromes, et l'âge ne doit pas constituer une contre-indication opératoire. Les douleurs et les métrorrhagies constituent des indications formelles de l'intervention.

L'hystérectomie lui a donné de très bons résultats dans les fibromes de moyen volume. Pour les grosses tumeurs, il fait la laparotomie avec traitement extra-péritonéal du pédicule.

M. Duret (de Lille) a déjà, en 1890, montré dans plusieurs travaux que les insuccès de l'hystérectomie étaient dus surtout à l'infection du moignon. En laissant le pédicule

à l'extérieur, ces dangers sont moindres et les chances de succès augmentent. Il réserve ce procédé exclusivement aux gros fibromes.

Il a opéré dans des conditions désespérées trois malades et attribue le succès obtenu à la méthode extra-péritonéale. Au neuvième jour, il a l'habitude d'enlever au bistouri la partie sphacélée du moignon au-dessus de la ligature. La plaie est ensuite pansée à plat, et la guérison se fait aussi plus rapidement.

En faveur du pédicule en dedans, M. Queirel (de Marseille) cite, au contraire, sa statistique. Il a fait 5 hystérectomies abdominales avec réduction du moignon et a eu 4 guérisons et 1 mort.

M. Hue (de Rouen) va plus loin : Les inconvénients de la conservation du col, dans l'hystérectomie abdominale, ne lui semblent plus à démontrer. Le plus simple est de l'extirper : on supprime la cavité cervicale susceptible de s'infecter, et l'hémostase est plus facile. Il a réalisé il y a deux ans cette opération : les suites ont été très simples. Il y eut cependant à la suite une fistule urétérale droite.

Depuis lors, il a refait deux fois cette hystérectomie abdominale totale pour deux fibromes énormes; la guérison a été obtenue.

M. Delagénière (du Mans) a d'abord pratiqué la castration et l'énucléation, mais la première de ces opérations ne lui a donné que 80 p. 100 de succès définitif, et la deuxième environ 70 p. 100 seulement, chiffres comparables aux résultats de l'hystérectomie abdominale, qui est de 75 p. 100. Il pose les conclusions suivantes : 1° l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour les tumeurs fibreuses qui atteignent l'ombilic; 2° la castration est l'opération de choix pour les petites tumeurs chez les femmes jeunes, quand le symptôme dominant est l'hémorrhagie; 3° l'énucléation par morcellement est indiquée dans les cas de petites tumeurs sous-muqueuses. Elle devra être complétée par l'hystérectomie vaginale, si la cavité est anfractueuse et difficile à drainer; 4° tous les cas qui ne rentrent pas dans ces catégories bien nettes seront susceptibles de l'hystérectomie abdominale, et celle-ci devra être totale; c'est l'opération de l'avenir.

M. Condamin (de Lyon), en se basant sur un certain nombre d'observations, et surtout sur l'expérience de M. Laroyenne, conseille, dans les fibromes utérins qui ne donnent lieu qu'à des hémorrhagies et à de l'hydrorrhée, d'employer les crayons au chlorure de zinc quand les malades sont trop cachectiques pour supporter une opération curative radicale, ou qu'elles sont aux approches de la ménopause.

Cette méthode a donné à M. Laroyenne, qui l'emploie depuis trois ans, d'excellents résultats.

Quant à la sténose du col, elle n'a jamais été observée à la clinique gynécologique de Lyon, peut-être à cause des précautions toutes particulières que l'on prend pour que l'action du caustique ne porte pas sur le segment cervical.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1893 (MATIN)

La troisième journée du Congrès de chirurgie a commencé, le matin, par une séance supplémentaire dans laquelle différentes questions ont été traitées :

C'est d'abord M. Chalot (de Toulouse) qui commence par une communication sur la **ligature de la carotide externe.**

Jusqu'en 1864, dit ce chirurgien, pour une plaie de la carotide externe, on faisait la ligature de la carotide primitive; mais on reconnut bientôt que cette ligature, si simple comme médecine opératoire, était fort dangereuse et occasionnait des accidents graves. Il faut donc pratiquer toujours, dans les plaies de la région irriguée par la carotide faciale, la ligature de cette artère.

L'orateur élargit son sujet et en arrive au traitement des cancers sous la dépendance de la carotide externe. Pour faire une exérèse large, il faut lier préalablement soit l'une ou l'autre de ces deux carotides et M. Chalot nous donne le tracé habituel de l'incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien et expose devant des chirurgiens que le tronc veineux thyro-linguo-facial recouvre la carotide externe et qu'il ne faut pas l'éventrer, et, pour éviter de ce faire, il le coupe entre deux ligatures. Le nerf grand hypoglosse, au contraire, est devenu un point de repère infidèle, et pour être sûr d'arriver sur la carotide externe, il faut découvrir la première branche collatérale. Ce chirurgien a eu la rare occasion de pratiquer 13 fois cette ligature en dix-huit mois.

Telles sont bien les règles ordinaires de la ligature de la carotide externe; mais, quand le champ d'attaque est masqué par une adénopathie secondaire, il prolonge son incision par en bas et va immédiatement poser une ligature d'attente sur la carotide primitive; il enlève ensuite la tumeur et, s'il y a lieu, il serre sa ligature d'attente. Il a pratiqué 6 opérations de ce genre.

Le docteur Quénu (de Paris) lit ensuite un travail sur le **traitement opératoire des hémorrhoïdes par un procédé spécial.**

Il rappelle d'abord le procédé primitif de Whithead, qui enlève les tumeurs hémorrhoïdaires et en même temps la muqueuse. M. Quénu a pratiqué 10 fois l'opération susnommée; mais a vu, dans certains cas, des manques de réunion partielle, et, pour que la sécurité soit complète, il faut que la réunion soit totale.

Il l'a modifié de la façon suivante : il fait une incision, incise la muqueuse et la conserve, l'épluche dans une toilette minutieuse et, après avoir enlevé les hémorrhoïdes, la coud à la peau. La suture est ainsi extra-anale et la réunion est plus sûre. La muqueuse variqueuse elle-même se modifie et ne peut exposer à la récidive, comme on aurait pu le craindre.

Si les hémorrhoïdes sont compliquées, si elles sont enflammées, réductibles ou non, le procédé de Whithead échoue: par son procédé, au contraire, la cicatrisation est certaine, et, à l'appui de son dire, M. Quénu cite un grand nombre d'observations. Ce à quoi M. Delorme répond qu'il s'est toujours très bien trouvé du procédé de Whithead et pense qu'il est très difficile de conserver toute la muqueuse. M. Reclus, qui laisse des petits ponts muqueux, n'a non plus jamais eu d'insuccès.

La pathogénie des abcès du foie donne ensuite au docteur Zancarol (d'Alexandrie) l'occasion de lire un important travail appuyé sur de nombreuses expériences. Ce sont les chats dont il s'est servi en injectant dans le rectum, des selles d'un animal de la même espèce atteint de dysenterie, et il est arrivé ainsi à déterminer des abcès du foie. Les résultats ne sont pas les mêmes suivant que les produits injectés, pus ou déjections, sont remplis ou dépourvus d'amibes ou de microbes. L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Les abcès du foie sont d'origine microbienne et le facteur est le streptocoque;

La dysenterie est de même nature que l'abcès du foie. Le tube intestinal est, en effet, le lieu d'origine d'où part l'agent infectieux qui arrive au foie soit par la veine porte, soit par la circulation générale.

Le docteur Warnot (de Bruxelles) fait ensuite une importante communication sur 32 cas de **chirurgie cérébrale.** Il est intervenu pour épilepsie traumatique et pour épilepsie essentielle. En effet, il a pratiqué 10 trépanations pour épilepsie jacksonnienne traumatique, et recommande la trépanation prophylactique préventive; il examine ensuite la question du traitement direct de cette épilepsie jacksonnienne, il pense qu'il faut ne pas se borner à ouvrir le crâne, mais encore enlever le centre moteur; c'est ainsi qu'il a enlevé le centre du pouce, l'indication étant donnée pour une contracture

de ce doigt. La main fut paralysée par la suite, mais les attaques, du nombre de 20 par jour, ont presque complètement disparu et la paralysie s'améliore.

Dans un autre cas, il a trouvé un anévrysme artério-veineux intra-cranien; il n'a pas voulu l'enlever, il n'a lié qu'une artère et les attaques ont disparu. Il n'a pas replacé les rondelles afin de traiter cet anévrysme ultérieurement, si cela est nécessaire.

Dans l'épilepsie essentielle, six fois il a suivie la pratique de Lucas Championnière et a desserré le cerveau par une large intervention, mais les attaques, qui avaient d'abord cessé, ont reparu. Il est convaincu qu'il y a des épilepsies essentielles d'origine corticale, et il s'agirait de savoir si il y a un centre à cette épilepsie. Il a suivi la pratique d'Horsley, il a fait l'exploration électrique et a pu reconnaître les centres pour le membre supérieur, ainsi que ceux du membre inférieur qui, électrisés, psoduisirent une attaque d'épilepsie. Il s'aperçut alors que des granulations de Paccioni très développées se trouvaient en présence de ce centre, ainsi qu'une exsudation fibreuse sous-duremèrienne. Il enleva ces productions et le malade fut presque guéri, amélioré du moins dans des proportions considérables.

Dans le **traitement des déchirures complètes du périnée**, M. Pozzi a surtout en vue les pertes de substances considérables. Deux indications se posent dans ces cas. Il est nécessaire de refaire le périnée et de refaire la cloison. L'opération d'Emmet ne donne pas de garanties suffisantes, et M. Pozzi préfère le dédoublement large de la cloison recto-vaginale d'après la méthode de Lawson Tait. Il opère de la manière suivante : après avoir tendu les parties, il incise transversalement la cloison, et, sur cette ligne, fait tomber deux sections perpendiculaires en H. On commence son dédoublement et on mobilise la paroi rectale. C'est là le point important, et cela très haut. On fait alors des sutures de soutènement avec des fils d'argent passés comme pour le procédé d'Emmet. On pratique ensuite l'affrontement avec un catgut en surjet faisant plusieurs plans, et la plaie est réduite; il ne reste plus qu'à suturer la peau avec un fil indépendant; mais il faut que le dédoublement soit considérable, presque assez étendu pour qu'on puisse y introduire le poing.

Le docteur Gangolphe (de Lyon) vient entretenir le Congrès d'un **nouveau signe d'occlusion intestinale par étranglement**. Il a été frappé, dans une laparotomie, de voir du liquide séro-sanguin analogue à celui d'un sac herniaire; une seconde fois, il a observé le même fait, et procédant alors à des expériences, il trouva qu'en enserrant l'intestin d'un chien dans un anneau de caoutchouc, on produisait un épanchement séro-sanguin analogue à celui qu'il avait observé. Il n'y a pas ici de péritonite, mais une exsudation lente mécanique. Cet épanchement produit, soit de la matité, soit de la submatité, et, quand ce signe existe, on est en droit de penser qu'on a affaire à un étranglement interne. De même, quand on trouve à la laparotomie cet épanchement, il faut continuer ses recherches jusqu'a ce qu'on trouve la cause de l'étranglement, car il existe.

Le docteur Severeanu (de Bucarest) fait une communication curieuse sur les **plaies du diaphragme.** Il relate l'observation d'une blessure du huitième espace intercostal par coup de couteau. Cette blessure guérit; mais, quelques mois plus tard, le malade fut pris d'accidents et mourut. Il y avait hernie de l'estomac et du duodenum à travers un orifice du diaphragme, orifice produit par le coup de couteau.

Dans un second cas, il y avait eu section de la sixième côte. Quand M. Severeanu vit la malade, il s'écoulait un liquide infecte, et, en écartant les fragments, il vit sortir une feuille de choux, des concombres, des piments, et, reséquant la sixième et la septième côtes, trouva la cavité pleurale pleine de substances alimentaires et une communication avec l'estomac. La malade venait de prendre son repas.

Après avoir nettoyé les parties sectionnées, il sutura d'abord l'estomac et ensuite la boutonnière diaphragmatique. La malade succomba néanmoins à cause du temps écoulé entre l'accident et l'intervention. Celle-ci devra être hâtive.

Trois opérations pour **lipomes du mésentère** donnent au docteur Roux (de Lausanne) l'occasion d'exposer à nouveau sa pratique dans la chirurgie abdominale.

Dans un premier cas, la malade lui fut adressée pour une affection des organes génitaux ; elle avait quatre lipomes dans le mésentère au voisinage de l'S iliaque.

Le second fait a encore trait à une femme qui portait aussi une tumeur près de l'S iliaque. Cette tumeur fut énucléée facilement, comme les premières.

Enfin, chez un troisième malade, la tuméfaction avait déterminé des crises d'occlusion intestinale de plus en plus fréquentes. Il y avait, en effet, un étranglement constaté pendant l'opération, et qui nécessita une section d'un mètre 24 centimètres de l'intestin grèle. Ces trois interventions se terminèrent par la guérison.

M. Roux termine en faisant remarquer que ces tumeurs sont retropéritonéales, et que souvent, dans ces tumeurs du mésentère, il y a combinaison du fibrome et du lipome.

Dans les laparotomies, il fait lever ses malades au bout de 40 heures, et se trouve très bien de cette manière de faire.

Le docteur Ricard (de Paris) communique ensuite au Congrès l'observation d'une énorme **tumeur conjonctive de l'abdomen**, qu'il a opérée par la laparotomie. Tel est le diagnostic qu'a posé M. Cornil, car il s'agissait d'un fait tout à fait rare. L'incision dut aller de l'appendice xyphoïde au pubis, à cause des adhérences contractées par la tumeur avec la paroi antérieure de l'abdomen. La vésicule biliaire fut extirpée en même temps, et dans la tuméfaction on trouva sept gros calculs biliaires. La guérison fut néanmoins rapide.

Le docteur Lejars aborde la question de la **cure opératoire des luxations congénitales de la hanche**. Il est en effet intervenu dans un cas où la marche était impraticable. Son malade, âgé de dix-sept ans, atteint d'une luxation congénitale de la hanche gauche, était totalement impotent; il ne progressait qu'en sautillant et la douleur l'empêchait de s'appuyer sur son pied gauche, il employa un procédé mixte : longue incision externe; détachement de tous les muscles pelvitrochantériens, suivant les indications d'Hoffa; la tête luxée était aplatie, le cotyle presque comblé, il sectionna la tête, arrondit le col, puis excava à la gouge la cavité cotyloïde et réduisit. Suture des muscles détachés au périoste et aux tissus fibreux péritrochantériens; sutures en étages des parties molles sous-cutanées, muscles et aponévroses. Pas de drain. Extension continue. Réunion par première intention.

Au bout d'un mois et demi, l'opéré se levait. Il est retourné dans son pays, marchant bien et sans fatigue, avec une canne. L'amélioration s'est maintenue et, de jour en jour, la marche devient plus facile et plus régulière.

Le docteur Boursier (de Bordeaux) intitule sa communication **prolapsus de l'utérus et du vagin dans les kystes de l'ovaire**. Après ovariotomie, il a observé que l'utérus prolobé reprenait sa situation normale, et le docteur Courtin, de la même ville, cite un cas d'inoculation cancéreuse dans les trajets de ponctions faites pour un cancer du péritoine.

Dans les névralgies rebelles, le docteur Doyen (de Reims) est partisan des grandes interventions. C'est ainsi qu'il a pratiqué pour une névralgie du trijumeau la **résection du ganglion de Gasser**, après avoir fait une large brèche dans le temporal. Le docteur Malherbe (de Nantes), dans un cas d'**épilepsie jacksonienne**, a fait une heureuse **trépanation** qui a guéri son malade. Cette communication eût été avantageusement rapprochée de celle analysée plus haut du docteur Warnot.

Le docteur DELAGENIÈRE (de Tours) cite un nouveau mode d'intervention dans le cas **d'absence congénitale du rectum.** Il commence par pratiquer d'abord la laparotomie, libère le rectum mal formé, et faisant ensuite une boutonnière perinéale, suture le rectum descendu à la peau du nouvel anus.

Dans la chirurgie infantile, le docteur TÉMOIN (de Bourges) fait aussi une intéressante communication sur un cas de **fibrome de la paroi abdominale chez l'enfant,** et la séance se termine par une note du docteur HAMON DU FOUGERAY (du Mans) sur la chirurgie de l'oreille moyenne.

SÉANCE DU MERCREDI 5 AVRIL 1893 (SOIR).

L'ordre du jour porte l'étude de la deuxième question proposée par le Congrès et intitulée : **Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.**

Ce point de chirurgie a donné lieu à de nombreuses lectures intéressantes, surtout par les détails qu'il nous est impossible d'analyser dans un compte rendu de séance. Aussi nous bornerons-nous à indiquer les traits principaux de chaque communication. Et, tout d'abord, faisons remarquer que l'Ecole de Lyon a donné, groupé autour de son maître, le professeur Ollier.

C'est, en effet, un de ses élèves, le docteur AUBRY, qui prend le premier la parole. C'est un sujet que ce chirurgien connaît particulièrement, puisqu'il nous semble bien que c'est là le sujet de sa thèse inaugurale. Il pose d'abord ce qu'il appelle « la loi de récidive des tuberculoses chirurgicales ». Voilà cette loi : Les récidives sont d'autant moins fréquentes qu'on s'éloigne davantage du moment de l'opération.

L'orateur passe ensuite en revue les différents os qui peuvent être atteints, et ceux qui, comme l'astragale ou le calcanéum, peuvent être le point de départ de l'affection. La marche peut être envahissante et alors il y a véritable phtisie du pied.

M. OLLIER s'occupe presque uniquement des lésions du tarse et surtout de celles de l'astragale, et ici il paraît intéressant de comparer les opérations conservatrices avec les amputations.

Autrefois, dans les résections tibio-tarsiennes, il commençait par enlever les malléoles, puis l'astragale ; il a reconnu son erreur, et, commençant par l'astragale, il en a vu les avantages considérables. On voit ainsi très clair et on peut poursuivre tous les points atteints qui autrefois amenaient les récidives. Depuis 1878, il a fait 86 astragalectomies, sans mort, bien entendu. Ce qui l'a poussé dans cette voie, c'est que l'astragale est souvent le point de départ des lésions tuberculeuses, 29 fois il l'a trouvé primitivement atteinte, et, dans les 22 autres cas, c'est la synoviale qui avait commencé.

Quand les malléoles sont d'abord tuberculisées, il faut cependant encore commencer par enlever l'astragale; car, de cette façon, on peut attaquer la face interne de ces malléoles et faire le moins de dégâts possible. Conservant ainsi la mortaise, le pied n'est pas ballant et les mouvements de flexion et d'extension sont possibles. Si le succès ne couronne pas toutes les astragalectomies, c'est que les opérations sont trop rapidement faites. M. Ollier passe plus d'une heure à une intervention pareille. Il procède doucement, car, sans cela, on laisse un fragment postérieur de l'os. Il termine par une cautérisation par radiation. Il faudra n'intervenir, dit l'orateur, que chez les gens jeunes ou chez les personnes ayant une grande résistance physiologique.

L'articulation se reconstitue facilement ; un trousseau fibreux remplace l'astragale et il n'y a qu'un raccourcissement minime du membre, l'astragale ne pouvant se reproduire.

Il faut cependant, dans certains cas, amputer la jambe, quand les lésions sont trop avancées ; mais, ici encore, on peut réduire les dégâts au minimum et, sans recourir à

l'amputation du membre, faire la désarticulation tibio-tarsienne avec le lambeau talonnier même quand celui-ci est criblé de fistules.

M. Picqué, secrétaire général adjoint, lit une lettre du professeur Albert (de Vienne), qui exprime ses regrets de ne pouvoir être venu au Congrès. Pour ce chirurgien, les résections doivent être atypiques quand elles s'adressent aux os du pied.

M. Adenot (de Lyon) fait remarquer que c'est surtout sur la face dorsale du pied que l'on observe les ulcères lupoïdes, ulcères formés par les bourgeons tuberculeux qui ont un point de départ osseux. Ces lupus tuberculeux récidivent lorsque le foyer osseux n'a pas été définitivement guéri. Puis M. Loyson (de Lyon) vient ensuite exposer la technique de son maître, le professeur Ollier, et cite des malades guéris susceptibles de faire jusqu'à 50 kilomètres par jour. Il faut bien, ajoute-t-il, se garder de réunir ces plaies tuberculeuses et les maintenir, au contraire, ouvertes.

M. Jacques Reverdin (de Genève) commence aussi par comparer l'amputation à la résection et conclut en faveur de cette dernière. Il a vu un cas où la méthode sclérogène a parfaitement réussi, et pourtant les conditions étaient très mauvaises. Il rejette les amputations de Wladimirof Mikulicz. Décrivant ensuite un procédé spécial, ce chirurgien montre un davier qu'il a fait construire et qui est destiné à être introduit par une de ses branches dans la rainure interastragalo calcanéenne.

Quand le calcanéum est atteint, il faut enlever cet os, et M. Reverdin revient sur son procédé, qui permet de faire l'ablation facile du calcanéum et de l'astragale, cela en sectionnant les tendons des péroniers, qu'il suture ensuite.

L'astragale est très souvent atteinte primitivement de tuberculose et, en cela, l'orateur est d'accord avec M. Ollier. M. Reverdin a appliqué son procédé dans 20 cas, et a eu 2 morts; 16 fois la tuberculose était la cause des lésions ayant débutées primitivement soit par le calcanéum, soit par l'astragale, soit par les malléoles.

Après ablation de l'astragale, il a fallu ou ruginer les malléoles ou bien la face supérieure du calcanéum, ou même enlever cet os.

Les résultats de ces interventions, au point de vue fonctionnel, ont été bons, sauf pour deux malades, et chez tous les guéris, l'articulation tibio-tarsienne est solide. La forme du pied est seulement un peu changée; il existe un peu de varus et de la concavité du bord interne du pied. Cette déviation ne peut être attribuée à la section des tendons, car Ollier, qui ne les coupe pas, a signalé ce changement dans la statique du tarse.

M. Le Dentu prend ensuite la parole et commence par faire remarquer que la tuberculose se diffuse dans les os du pied, et cela avec beaucoup plus d'inconvénients qu'au carpe, à cause de l'effort qu'a à subir la voûte plantaire. Partisan de la méthode conservatrice, il n'abordera qu'un point de la question, celui de l'**implantation d'os décalcifié dans le traitement des tuberculoses du pied**. Senn (de New-York), plus tard, Kummel (de Hambourg) ont ainsi remplacé des fragments de métatarsieus; mais le professeur de Necker a été plus loin. Il a d'abord commencé par remplacer toute l'extrémité inférieure du tibia par un os décalcifié. Le résultat fut excellent. Il eut alors l'idée de remplacer de la sorte une énorme anfractuosité causée par le curettage ou l'extraction du calcanéum, de l'astragale, du scaphoïde et du cuboïde. Pour ce faire, il y plaça trois gros fragments d'os décalcifié, nettoya, sutura la peau et refit un véritable tarse. Il y a vingt-deux mois que cette opération a été faite et la malade marche facilement; le pied est solide; on a la sensation de la dureté osseuse. L'articulation seule est encore un peu lâche et nécessite le port d'un petit appareil prothétique.

Des faits que nous venons d'indiquer, M. Le Dentu tire les conclusions suivantes : La méthode d'implantation d'os décalcifiés est applicable à la tuberculose du pied. Les chances de succès seront d'autant plus grandes que les lésions seront plus minimes;

même, en cas d'envahissement des principaux os du tarse, il ne faut pas désespérer du succès, pratiquer cette méthode avant 40 ans, et, enfin, l'os décalcifié est bien préférable à la greffe osseuse, aux tresses de catgut et aux tampons iodoformés.

M. Ollier répond qu'en 1864, il a essayé, lui aussi, de réaliser la forme du pied à l'aide de tuteurs, mais il a échoué à cause de la suppuration. Depuis l'antisepsie, il se contente de bourrer la perte de substance avec de la gaze iodoformée, qui agit aussi en détruisant les bacilles de Koch qui pourraient rester.

M. le professeur Verneuil vient d'entendre avec plaisir le triomphe de la chirurgie conservatrice dont il a toujours été un des plus chauds partisans. L'absence de réunion immédiate a été pronée par Ollier et ses élèves, et l'on sait que c'est là la pratique du professeur Verneuil. Le surchauffage est aussi employé avec succès, et, pour sa part, avec le chauffage périphérique, il a obtenu des résultats absolument remarquables dans les cas de tuberculoses du carpe, du coude et du cou-de-pied, ainsi qu'il l'a consigné dans les annales de la tuberculose.

M. Poncet, soutenant encore les méthodes de Lyon, distingue d'abord, dans la tuberculose du pied, deux formes : la forme squelettique et la forme articulaire qui réclament chacune un traitement différent. Il insiste aussi sur l'âge du malade ; chez les enfants, il faut faire des résections très parcimonieuses, et, chez les adultes, si les lésions sont trop anciennes, ne pas hésiter au contraire à pratiquer l'amputation, c'est entre les deux âges que la résection trouve principalement sa place. Enfin il ne faudra pas omettre le traitement général.

M. Polosson (de Lyon) insiste sur la question de la tarsectomie antérieure et divise le pied en deux massifs ; l'un interne avec le scaphoïde, les cunéiformes et les métatarsiens y attenant ; l'autre externe avec le cuboïde et les deux derniers métatarsiens. Il se pose immédiatement cette question, quand un seul côté du pied est atteint : Faut-il enlever les deux massifs? Et la réponse, d'après ses recherches et ses observations, est la suivante : Si le tarse antérieur externe est seul atteint, il doit être seul enlevé et il n'y a pas de déformation notable du pied ; il n'en est pas de même quand c'est le tarse antérieur interne ; ici il faut enlever les deux massifs, comme l'a montré le professeur Ollier, dans un but orthopédique. Enfin, ce chirurgien préfère aussi la désarticulation tibio-tarsienne à l'amputation de jambe, même quand, dans le lambeau, il y a des fistules, pourvu que les gaines ne soient pas envahies. Il a revu plusieurs de ses malades, dont l'un au bout de sept ans, et il n'a pu constater la moindre récidive.

M. Campenon (de Paris) ne parlera que des malades opérés déjà depuis six, sept ou huit ans, et, laissant de côté l'articulation tibio-tarsienne, étudiera sur 13 cas les affections tuberculeuses du pied seul.

La thérapeutique doit varier suivant les cas. Ceux-ci, au début, se devinent, en quelque sorte ; les lésions commencent, et, avec le repos, une compression bien faite, guérissent aisément. Plus tard, le diagnostic est facile. Il existe des fongosités, des fistules. Il faut alors tenir compte de la latéralité de la lésion.

M. Campenon a fait plusieurs fois des amputations de métatarsiens et a guéri ses malades. Il suffit de faire un évidement très large et d'y appliquer le fer rouge. Il n'en est pas de même quand les lésions occupent les interlignes articulaires comme ceux de Lisfranc ou de Chopart ; ici, la résection, l'évidement sont mauvais. Il y a donc à distinguer la tuberculose transversale du pied qui coupe ce segment de membre en deux, et la tuberculose latérale qui ne fait pas de dégâts aussi importants. Dans la tuberculose transversale, il faut pratiquer l'amputation méthodique.

M. Auffret (de Rochefort) est aussi, au début, pour les moyens doux ordinairement usités ; il a aussi souvent pratiqué des résections atypiques ; mais ses tendances le

portent à faire l'amputation qui devra toujours remonter plus haut que la lésion, et porter dans un segment sain. Il est aussi une autre considération que les médecins de la marine, comme lui, sont obligés de considérer, c'est l'énorme temps que passent los malades à l'hôpital quand on les a réséqués, et cela, souvent pour n'arriver qu'à une amputation secondaire.

C'est avec 50 observations que M. Gangolphe (de Lyon) vient appuyer la pratique de son maître Ollier. La tuberculose du cou-de-pied est fréquente, puisque ce chirurgien l'a rencontrée dans la moitié des cas et 3 fois le tibia était seul atteint sans propagation à l'articulation tarsienne; 2 fois le péroné était aussi pris isolément. Le curettage donne alors d'excellents résultats; quand il n'est pas suffisant, il faut enlever l'astragale, et il a fait cette opération 5 fois. Quand les lésions sont trop avancées, il n'hésite pas à faire l'amputation de Syme modifié par Ollier, il a pratiqué 13 fois cette opération que M. Potherat (de Paris) a fait dans un cas de tuberculose du pied, ayant envahi presque tout ce segment du membre. Son malade, guéri complètement, marche très convenablement.

L'opérateur fait ressortir les avantages du procédé de Syme dans l'amputation du pied.

M. Phocas (de Lille) commence par établir deux formes de tuberculose du pied, celle à évolution lente et celle, au contraire, qui marche rapidement, et l'évolution est décidée par l'âge du malade, la nature du terrain, et la virulence des produits.

Chez l'enfant, l'immobilisation, la compression réussissent très bien, et quand on a à intervenir, le grattage et la cautérisation suffisent. On peut même faire l'astragalectomie dans le tout jeune âge, M. Phocas nous en montre un beau succès. Enfin, quand cela est nécessaire, il faut pratiquer des larges tarsectomies, c'est ce qu'il a fait dans deux cas, et même l'amputation à laquelle il a été forcé d'arriver sur un réséqué qui continuait à suppurer.

La séance se termine par une communication de M. Vaslin (d'Angers) sur une ostéite tuberculeuse du cinquième métacarpien. Ce chirurgien a pratiqué la résection de cet os avec conservation de l'auriculaire et de tous ses mouvements. Comme ce n'est plus du pied dont il s'agit, nous nous permettrons de ne pas nous étendre.

Eugène Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 mars 1893. — Présidence de M. Hallopeau.

Sommaire : Traitement de la morphinomanie. — Traitement de la pelade.

M. Potein pense que, dans le traitement de la morphinomanie, il est nécessaire d'interner les malades et de supprimer brusquement le poison. Bien qu'on ait préconisé la suppression graduelle, en s'appuyant sur des théories mal établies de l'action de la morphine, cette pratique n'est pas à conseiller.

— M. Hallopeau recommande les applications répétées de cantharidine liquide dans le traitement de la pelade localisée; on fait ensuite des badigeonnages tous les deux jours avec de l'acide phénique en solution concentrée, 90 p. 100. Le plus généralement, le malade n'a qu'une réaction modérée et souffre peu.

Si la pelade se généralise au cuir chevelu, et *a fortiori* à tout le corps, la lotion suivante est suivie d'une amélioration rapide :

Alcool		10 grammes.
Camphre	ââ	20 —
Essence de térébenthine	ââ	20 —
Sublimé corrosif		0,10 centigr.

M. Busquet, médecin militaire, a conseillé l'emploi d'une solution éthérée d'essence de cannelle à 25 p. 100. M. Hallopeau a employé ce traitement avec succès, mais préfère encore se servir de l'essence de Wintergreen qui n'irrite pas la peau et a une action plus rapide et plus efficace que la cannelle.

COURRIER

Le banquet du Congrès français de chirurgie a eu lieu jeudi soir à l'Hôtel-Continental. L'assistance était nombreuse et de nombreux toasts ont été portés. Nous ne pouvons manquer de signaler celui du président, M. Lannelongue, qui a été fort remarqué ; il est aussi de notre devoir de le remercier des paroles affectueuses qu'il a bien voulu adresser à la presse médicale, qui avait été invitée par le comité.

Vus, dans la nombreuse assemblée : les docteurs Severeanu (de Bucarest), Reverdin (de Genève), Kœberlé, Ollier, Poncet, Jeannel, Gangolphe, et un grand nombre de chirurgiens de Paris : Tillaux, Alphonse Guérin, Berger, Reclus, Pozzi, Segond, Schwartz, Campenon, Ricard, etc.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — Trente-quatrième assemblée générale. — *Ordre du jour de la séance du dimanche 9 avril 1893 :* 1° Allocution du président, M. le professeur Lannelongue.

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier.

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général.

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1892, par M. Lereboullet.

5° Election d'un secrétaire général, en remplacement de M. Riant, démissionnaire. (Le conseil propose M. Lereboullet.)

6° Présentation de candidats pour le conseil général de l'Association, et renouvellement partiel du conseil général. (Membres du conseil à renouveler : MM. Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Laënnec, Motet et Laguessee, arrivés au terme de leur exercice. — Les membres du bureau et du conseil sont rééligibles.)

7° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1894.

8° Première partie du rapport de M. Worms, sur les pensions viagères à accorder en 1893.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du 10 avril 1893 : 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale.

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale.

3° Deuxième partie du rapport de M. Worms sur les pensions viagères. — Discussion et vote des propositions.

4° Rapport de M. Bucquoy, au nom du conseil général, sur l'enquête relative à l'*indemnité maladie* et à l'augmentation de la cotisation.

5° Rapport de M. Vidal, au nom de la commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1894, et sur les vœux pris en considération par la dernière assemblée générale.

— La laïcisation des hôpitaux de Marseille ne va pas toute seule, nous écrit-on de cette ville, comme on pourra s'en rendre compte par le passage suivant : « Les médecins et chirurgiens des hôpitaux ont adressé à M. le préfet, la copie de la protestation que la Société médico-chirurgicale des hôpitaux adressait, en 1886, à la commission administrative lorsque le Conseil municipal d'alors émit le vœu du renvoi des religieuses hospitalières. »

« Cette lettre de protestation est un plaidoyer chaleureux en faveur du maintien, dans les hôpitaux, de celles qui ont été, jusqu'à ce jour, les plus utiles auxiliaires du corps médical, et une critique sévère contre le projet de laïcisation adopté le 2 mars dernier, par 6 voix contre 4, à la commission administrative des hospices. »

— M. Poincaré, député, est nommé ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en remplacement de M. Dupuy.

— Le congrès annuel de la Société française d'ophtalmologie s'ouvrira le 1er mai prochain.

Questions à l'ordre du jour : 1° *De l'asepsie et de l'antisepsie dans les opérations pratiquées sur les yeux.* Rapporteur, M. Noel, de Liège ; 2° *Traitement du strabisme.* Rapporteur, M. Parinaud, de Paris.

Nécrologie. — MM. Andely (de Monthey) ; Prunières (de Marvéjol) ; Duvault (de Paris, l'Hôpital) ; Gustave Barré (de Paris) ; Lafon (de Sainte-Soulle) ; Labarthe (de Mauvezin) ; Burgkly (médecin militaire en retraite) ; Bonhomme (étudiant à l'hôpital Saint-Joseph) ; Goulard (médecin de la marine en retraite de Saintes) ; Bersonnet (de Paris) ; Lapeyre (du Cannet ; Billout (de Lyon) ; Dufour (médecin principal en retraite) ; Pelissier (de Nîmes) ; V. Feltz (professeur d'anatomie pathologique, à la Faculté de Nancy, son inhumation aura lieu à Marlenheim (Alsace); Wohlgemuth (chargé du cours de géologie à la Faculté des sciences de Nancy).

— M. le médecin de 1re classe Chevalier est nommé professeur de chirurgie militaire et navale à l'Ecole-annexe de médecine de Rochefort et M. le médecin de 1re classe Gueit professeur de pathologie exotique et d'hygiène navale à l'Ecole-annexe de médecine de Toulon.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sur la séance annuelle de l'Association générale des médecins de France

L'Assemblée générale de l'Association des médecins de France s'est réunie le dimanche 9 avril pour la trente-quatrième fois. Ni pour cette première séance ni pour celle du lendemain, nous n'avions à prévoir de discussions orageuses, les questions délicates soulevées depuis quelques années paraissant résolues, au moins jusqu'à nouvel ordre, par la réponse négative du plus grand nombre des Sociétés locales.

M. le président Lannelongue, dans une de ces allocutions comme il sait les faire et où tous les points abordés sont traités avec un tact parfait, rend hommage à la mémoire des Cazeneuve, des Horteloup, des Villemin, des Hardy, des Ball ; prononce un éloge, nullement funèbre et chaleureusement acclamé par tous, du secrétaire général, M. Riant ; enfin, termine très opportunément par les lignes suivantes :

A l'époque où l'on voit se multiplier les Associations de toutes sortes, où la loi pousse à la résurrection des corporations en leur assurant des droits comparables à leurs anciens privilèges, n'avons-nous pas le devoir d'augmenter les leviers de notre puissance en cherchant en nous-mêmes des moyens de protection et de défense qui seront de plus en plus nécessaires dans l'avenir?

Et lorsqu'on appartient à ce groupement d'hommes qui s'appellent les médecins, n'y a-t-il pas une certaine dignité à faire au moins autant que les personnes des conditions les plus humbles dans leurs associations respectives? Vous y réfléchirez, mes chers confrères ; vous ne vous laisserez pas éblouir par le tableau d'une prospérité sans fin ; vous vous rappellerez ce qu'il y a d'honorable et de moral à donner une part de son travail à une œuvre d'affranchissement professionnel, et, reprenant la question un jour ou l'autre, vous lui donnerez, j'espère, une meilleure solution.

Puis, rappelant les dons de quelques généreux bienfaiteurs :

Leur exemple m'entraîne, et, puisque vous n'avez pas voulu créer la Caisse indemnité maladie, que j'ai reçu l'affront d'un refus de 6,000 francs pour elle, je les reporte à la Caisse des pensions de retraite.

M. Brun, usant d'une autre éloquence, celle des chiffres, constate « que, chaque année, notre capital va en augmentant et que, si nous n'avions eu à subir graduellement l'abaissement du taux de l'intérêt pour la constitution de nos pensions, nous pourrions dépasser de beaucoup déjà le taux limité, pour le moment, à 600 francs. Nous arriverons cependant au but désiré de la pension de 1,200 francs... et ce qu'une première génération d'hommes n'aura pu faire, une seconde génération l'accomplira certainement ». Quelques mots spirituels de M. Boutin, rapporteur, approuvent et font applaudir par l'Assemblée la gestion financière.

Le gros morceau de la séance est toujours le compte rendu sur la situation et les actes de l'Association. M. Lereboullet, proposé à l'assemblée comme nouveau secrétaire général, avait une tâche bien difficile : rem-

placer M. Riant. Il s'en est si bien acquitté, qu'on aurait voulu le nommer par acclamation; mais le président a cru devoir s'y refuser, car le secrétaire général est un gros personnage dans l'Association et le vote est de haute importance. L'unanimité des suffrages a, d'ailleurs, ratifié la proposition du conseil.

L'acclamation allait toute seule pour la commission de pensions viagères. Le scrutin, pour le renouvellement partiel du conseil général, a nommé MM. Bucquoy, Laënnec, Motet, Riant, Laguesse, Charbonnier, Hallopeau, Philbert. Et la séance s'est terminée par le rapport de M. Worms, concluant à satisfaire à toutes les demandes de pensions, ce qui porte à 93 le nombre de nos pensionnés et représente un capital de 1,170,150 francs.

Le soir, les présidents et délégués des Sociétés locales, les membres du bureau et un grand nombre de confrères parisiens étaient réunis à l'Hôtel Continental. Les toasts suivants ont été portés :

Par M. Lannelongue.

Je vous assure que j'éprouve une grande satisfaction à être ce soir au milieu de vous. Une tension soutenue, excessive parfois, à laquelle j'ai été asteint de neuf heures du matin à sept heures u soir, durant huit jours, par la présidence du Congrès de chirurgie, avait besoin d'une détente que je trouve ici.

Je sais bien que notre ravail est à peine commencé et que demain une journée d'affaires nous attend; mais je suis rassuré dès aujourd'hui parce que tous, ici, vous obéissez à l'unique pensée de bien faire, en remplissant une mission de confiance et de désintéressement.

Je crois que les résolutions que vous prendrez seront conformes à votre méthode traditionnelles; ce n'était peut-être pas celles que nous attendions. Mais vous avez discuté, vous êtes devenus hésitants et peut s'en faut qu'il ne se trouvât une majorité à une première lecture.

C'est, à mon sens un changement, et, en somme, vous avez fait un pas en avant.

Laisssez-moi porter, mes chers confrères, un toast de bienvenu et de reconnaissance : Je bois à la perpétuité des sentiments de concorde et d'affection chez tous les membres de notre grande Association.

Par M. Langlet, au nom des Sociétés locales :

Mes chers confrères,

Permettez-moi de porter la santé de notre président et des membres du Conseil général de l'Association des médecins de France et de le faire au nom des présidents des Sociétés locales. Je regrette qu'une voix plus autorisée que la mienne ne s'en soit pas chargé.

Nous devons, en effet, remercier le Conseil général du soin qu'il apporte à l'étude des affaires qui lui sont soumises, et si, cette année, une question importante qui avait été soumise à l'étude des Sociétés locales n'a pas encore abouti, c'est bien un peu la faute de nous tous, membres des Sociétés locales, car vous saurez qu'il est parfois difficile d'obtenir de nos confrères des campagnes de se rendre à des réunions même peu nombreuses, et que les délibérations et, par conséquent, les décisions peuvent être parfois écourtées ou insuffisantes; mais ce n'est pas, en tout cas, la faute du Conseil général; et si notre président paraissait regretter cet insuccès, nous pouvons lui affirmer que ce n'est pas un échec.

Notre nouveau secrétaire général a fait, dans son rapport, allusion à plusieurs lois nouvelles votées ou encore en délibération qui peuvent modifier dans une grande mesure

la situation du corps médical. Ce sont la loi sur l'exercice de la médecine, la loi sur l'assistance médicale, qui va être bientôt achevée par le Sénat. Dans ces lois, le législateur s'est préoccupé non pas de créer des avantages au corps médical, mais bien, et c'était son rôle, d'assurer dans des conditions normales l'exercice de la médecine et l'assistance aux malades. Il n'était pas normal que le médecin fût seul chargé dans nos campagnes de suppléer à l'absence des budgets d'assistance. Des modifications assez grandes seront apportées dans les budgets des communes, des départements et de l'Etat. On n'a pas reculé devant ces charges nouvelles qui seront probablement considérables. Il est d'autres projets qui ont pour objet de prévenir le développement des maladies contagieuses, projet auquel nous avons tous intérêt, et auquel faisait allusion notre secrétaire général, M. Lereboullet, lorsqu'il visait la déclaration obligatoire qu'il paraissait redouter un peu. Je crois que nous sommes tous d'accord, cependant, pour chercher à obtenir, même au prix de quelques sacrifices de temps, la diminution de ces fléaux qui déciment l'humanité.

Je vous prie, en terminant, mes chers confrères, de boire à notre excellent président, au Conseil général de l'Association et à l'ensemble du corps médical que nous représentons.

Par M. Motet :

Messieurs et chers confrères,

L'absence de M. le professeur Brouardel, si vivement regrettée par nous, me vaut l'honneur d'être chargé de saluer, en votre nom, les membres de notre Conseil judiciaire.

La mission m'est particulièrement agréable à remplir, et l'occasion m'est heureuse d'adresser à nos Conseils, à nos amis, l'expression de notre reconnaissance.

Chez nous, ce sentiment va, chaque année, grandissant.

Les services qui nous sont rendus avec une cordialité vraiment touchante méritent bien qu'au milieu de cette fête de famille, nous fassions une large place à des hommes dont le désintéressement n'a d'égal que leur talent et leur savoir.

Eux seuls, Messieurs, ne se doutent pas de tout ce qu'ils font pour nous. Dire bien haut tout le prix que nous attachons à leur concours si éclairé, c'est notre devoir, c'est la seule manière de les remercier dignement.

Si vous saviez combien de fois, cette année, nous avons eu besoin de leurs sages avis, vous seriez étonnés que sous nos pas aient pu naître tant d'affaires litigieuses. C'est que notre situation, si importante, et, malgré tous nos efforts encore mal définie, exige des précautions de toute sorte. Nous nous heurtons à chaque instant à des difficultés, et, si l'expérience, l'autorité de notre dévoué trésorier, M. Brun, en écarte beaucoup, il en reste encore. Chaque accroissement de votre fortune donne lieu à des démarches qui veulent être conduites avec autant de prudence que de profonde connaissance de droit.

Nous trouvons dans nos Conseils, la science juridique la plus consommée, l'appréciation la plus juste de ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire. Aussi, Messieurs, notre confiance en vous est-elle entière, absolue ; nous nous inclinons devant vos avis, dont le prix est encore rehaussé pour nous par l'inaltérable bonne grâce avec laquelle vous nous les donnez.

Je lève mon verre en votre honneur, Messieurs Bétoland, Morillot, Deligaut et Liouville. Je vous remercie au nom de l'Association générale des Medecins de France, unie tout entière dans un même sentiment de reconnaissance pour vous et pour vos confrères de province.

M. Deligrand a répondu par une heureuse improvisation, reprochant à M. Motet d'avoir exagéré les services que rendent à l'Association générale ses conseils judiciaires, et déclarant que ceux-ci aiment tous les jours davantage la grande famille des médecins de France, à mesure qu'ils pénètrent dans sa vie intime et la connaissent mieux.

Enfin M. Delvaille prend la parole en ces termes :

Ce n'est pas auprès de vous que je veux m'excuser de prendre aujourd'hui la parole, mais auprès de celui à qui je désire adresser mon toast, car c'est la seconde fois que je soumets à cette épreuve sa modestie. A l'occasion des noces d'argent de notre fédération confraternelle, je buvais jadis à la santé de ce trésorier modèle, à qui est due notre prospérité.

Or, M. Boutin, chargé de contrôler les livres du comptable impeccable, nous a fait pressentir l'idée d'une séparation.

M. Brun nous quitterait et emporterait dans sa retraite le secret de sa rigide et bienfaisante gestion !

Nous ne le souffrirons pas, et si c'est la santé que demande M. Brun, nos vœux la lui donneront, nous conserverons ainsi le fidèle gardien de notre trésor, non pas jusqu'aux noces d'or de l'Association, ce serait être trop exigeant, mais jusqu'à la quarantième année de notre œuvre, et, ce jour-là, nous offrirons à M. Brun une clef, symbole de ses fonctions si scrupuleusement remplies ; une clef en quel métal ? me demanderez-vous ; je l'ignore.

Mais cette clef pourrait être celle avec laquelle il a si bien fermé notre caisse, avec laquelle il a su si bien ouvrir nos cœurs.

Et M. Brun se lève pour remercier l'orateur par quelques paroles couvertes d'applaudissements.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le Congrès français de chirurgie a clos sa 7e session samedi 8 avril 1893, par la nomination à la présidence de M. le professeur Tillaux, et par l'élection de M. Alphonse Guérin, comme vice-président. Nous applaudissons de tout notre cœur à ces deux choix qui font le plus grand honneur aux membres du Congrès et aux hommes qui ont mérité leur suffrage.

Il a été de plus décidé que la 8e session aurait lieu en octobre 1894.

La période de dix-huit mois a donc été choisie comme devant fixer les assises du Congrès, il s'ensuit qu'alternativement les sessions auront lieu à Pâques ou en octobre, pour le plus grand intérêt de tous. Enfin, le Congrès a été reconnu comme une œuvre d'utilité publique, et déjà de bienfaisants donateurs ont manifesté par leurs offrandes leur sympathie à ces assemblées, qui ne peuvent que porter d'excellents fruits en réunissant dans un même faisceau toutes les branches de la chirurgie française.

La session de 1893 a déjà été l'occasion de plusieurs articles dans la Presse médicale, articles dans lesquels des appréciations différentes ont été données sur le Congrès français de chirurgie.

Nous ne pouvons, contrairement à ce qu'à dit notre confrère de la *Gazette des Hôpitaux*, que constater le succès de cette dernière session. Il y a plusieurs années que nous n'avions vu, non seulement les membres eux-mêmes assister en aussi grand nombre aux séances, mais encore le public prendre autant d'intérêt aux discussions qui s'y tenaient.

On a beaucoup parlé du peu de part que les chirurgiens de Paris prenaient aux discussions, et il s'est même formé un certain courant d'idées tendant à établir un antagonisme entre la province et la capitale. Rien à notre avis n'est plus mauvais, plus préjudiciable au Congrès que cette tendance qui, du reste, ne repose sur aucune base sérieuse.

Si certains professeurs ou chirurgiens des hôpitaux n'assistent pas aux séances, c'est qu'ils sont en vacances, et on ne peut trouver extraordinaire que, la province prenant ses vacances à Paris, Paris ne fasse à la province la même politesse. L'alternance des sessions obviera désormais à cet inconvénient.

Il y a peut-être autre chose; nous avons vu un des membres les plus autorisés de la chirurgie parisienne, attendre deux heures sa part de tribune occupée par certains de ses anciens élèves qui lui auraient certainement cédé leur place, et finalement s'en aller, et le plus naturellement du monde; mais le Congrès a été privé de sa communication, la discussion s'étant terminée le soir même. Nous savons combien il est difficile de satisfaire aux exigences de tous, et nous sommes bien loin de vouloir diminuer en quoi que ce soit la part des éloges que chacun des secrétaires mérite pour l'aménité, l'obligeance et le tact qu'ils ont montré; nous nous rendons compte aussi de toutes les difficultés avec lesquelles les ouvriers de la première heure ont eu à lutter pour fonder une œuvre comme celle du Congrès; mais aujourd'hui le Congrès est un « grand garçon », il est devenu d'utilité publique, il a fait ses premières armes, il compte dans le monde et peut réclamer sans crainte à chacun de ses membres ce que ceux-ci exigent de lui, c'est-à-dire l'exécution du règlement. Nous ne nous dissimulons pas non plus combien la tâche du pouvoir exécutif est hérissée de difficultés; mais aussi quel intérêt pour tous, si on pouvait arriver à savoir à peu près le moment auquel on doit faire sa communication. Nous sommes convaincu qu'on verrait alors la plupart des chirurgiens de Paris prendre la parole, car ils pourraient ainsi concilier les exigences de leur pratique avec celles du Congrès.

Nous avons aussi entendu formuler cet avis que la session durait trop longtemps, et que trois ou quatre jours au plus de Congrès seraient suffisants en faisant des séances le soir, c'est, il nous semble, la façon de faire de l'étranger, et nous soumettons cette réflexion comme les autres, à qui de droit, n'ayant eu en vue dans ces quelques remarques, que l'intérêt du Congrès français de chirurgie.

Séance du vendredi 7 avril 1893

Présidence de M. Lannelongue

La chirurgie utérine a occupé la plus grande partie de cette troisième journée. Dans la séance du soir, la question des *tumeurs fibreuses de l'utérus*, mise à l'ordre du jour, a pris fin, et, dans la matinée, le mode d'intervention dans les *suppurations péri-utérines* a donné lieu à de nombreuses et intéressantes communications. L'hystérectomie vaginale, dont les échos de l'amphithéâtre avaient tellement retenti jusqu'alors, s'est vue directement attaquée par la laparotomie, qui, par l'organe de M. Terrier et de ses élèves, de M. Pozzi et de M. Boiffin, a revendiqué pour elle la supériorité dans le traitement des suppurations pelviennes. Une seule voix s'est éle-

vée vibrante, se dressant comme un ressort dans la personne du chirurgien qui la portait, pour défendre le drainage du petit bassin par l'extirpation de la matrice, et M. Michaux n'eût pas été probablement le seul défenseur de l'hystérectomie, si le hasard n'avait pas fait qu'un certain nombre des partisans de cette méthode ne fût absent. Nous allons essayer de faire maintenant ressortir les particularités de chaque communication.

M. Terrier vient d'abord faire prévaloir qu'un seul procédé opératoire ne suffit pas pour tous les cas ; il fait la laparotomie, mais il garde l'hystérectomie et seulement pour les cas tout à fait exceptionnel.

C'est sur un total de 5 observations que M. Terrier s'appuie. La suppuration a toujours été reconnue. La collection était 24 fois bilatérale, 16 fois elle siégeait à droite et 16 fois à gauche; 6 fois les annexes du côté opposé étaient absolument saines et elles ont été gardées.

Quant au siège exact des lésions, 42 fois il était manifestement en rapport avec la trompe, et, dans un seul cas, il existait une pelvi-péritonite à loges suppurées multiples. Ce sont là, dit l'orateur, des lésions bien différentes de la conception des auteurs qui, pour prôner certains traitements, ont donné des descriptions trop convaincantes.

Dans un certain nombre de cas, il existait des lésions des organes voisins, en particulier de l'intestin et même des perforations, ce qui, pour M. Terrier, n'est pas une contre-indication à la laparotomie.

Ce chirurgien se sert du plan incliné qui facilite énormément l'intervention, notamment dans les cas d'adhérences ; de cette façon, on peut voir ce qu'on fait avec la plus grande facilité.

Les compresses stérilisées suffisent pour faire le nettoyage de la cavité abdominale. Il est inutile de faire un lavage du péritoine. Quand il y a des hémorrhagies, il lui est arrivé de placer des pinces sur les vaisseaux et de les laisser quarante-huit heures ; elles sont entourées de gaze iodoformée et sont maintenues dans un coin de la plaie.

Le pansement de M. Terrier est simple. Il donne à ses opérées de l'eau de Vichy et du lait à partir de la deuxième journée.

Sa mortalité est de 11 p. 100; mais elle s'étend de 1888 à 1893, et peut se diviser en deux séries. Dans la première, il y a 17 p. 100 de morts; tandis que, dans la deuxième, la léthalité tombe à 5,71 p. 100. Si l'on compare ce dernier chiffre à celui donné par l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppuration, on constate qu'il n'est pas du tout au désavantage de la laparotomie.

Les résultats éloignés sont intéressants à examiner : 42 malades n'ont plus souffert depuis l'opération; 4 souffrent encore, mais aucune n'est immobilisée, et 22 d'entre elles n'ont jamais eu leurs règles.

Les succès obtenus par la laparotomie sont donc excellents et on se demande quelles sont les raisons qu'on peut invoquer en faveur de l'hystérectomie. Est-ce l'éventration ? avec des sutures bien faites elle n'existe plus. Est-ce l'impossibilité opératoire ? Jamais M. Terrier ne l'a constatée. On a dit aussi qu'on était quelquefois obligé de faire une hystérectomie secondaire, jamais il n'a été obligé d'y recourir.

La fistulette pyostercorale est le seul inconvénient de la laparotomie ; mais elle s'observe aussi à la suite de l'hystérectomie vaginale, et elle est beaucoup moins dangereuse que les fistules urinaires, fréquentes après l'ablation de l'utérus par le vagin.

M. Broca (de Paris) soutient l'opinion de son maître, et donne le résultat de sa pratique. Il a fait 8 laparotomies et a eu une mort. Il a aussi observé une fistulette pyostercorale qu'il a guérie facilement du reste. Ses 7 malades ont été revues et toute dou-

leur a complètement disparue. Ce chirurgien a fait aussi, avec succès, l'ouverture d'une suppuration pelvienne par le vagin, et en a eu un succès.

C'est aussi l'avis du docteur Boiffin (de Nantes) qui, dans 14 suppurations pelviennes, a pratiqué 3 fois l'hystérectomie, 2 fois l'incision vaginale ou inguinale, et 9 fois la laparotomie. C'est cette dernière opération qu'il préfère, car elle lui a donné le plus de guérisons.

M. Delagenière (du Mans) pense aussi comme son maître, M. Terrier, que la laparotomie est supérieure, dans le traitement des suppurations pelviennes, à l'hystérectomie vaginale, et 8 nouveaux faits qu'il apporte le prouvent. Sur ces 8 malades, 4 laparotomiées ont guéri, 4 autres ont subi l'hystérectomie vaginale et sont mortes peu de temps après l'opération. D'ailleurs, la statistique de M. Segond donne une mortalité de 10 p. 100 dans les ablations de l'utérus par le vagin, tandis que dans ses laparotomies il n'a que 4,5 p. 100 de morts.

M. Pozzi vient à son tour affirmer l'opinion qu'il a déjà défendue à la Société de chirurgie. Dans les suppurations du petit bassin, dit-il, plusieurs groupes de chirurgiens sont en présence : les uns font toujours la laparotomie, les autres font toujours l'hystérectomie; certains n'enlèvent l'utérus que dans certains cas. De 1891 à 1893, il a pratiqué 162 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes. Dans 59 cas, il n'y avait pas de suppuration; il n'a pas eu de mort.

Dans 60 suppurations, il a eu 4 décès; soit une mortalité de 2,5 p. 100 dans les laparotomies prises en masse, et une léthalité de 6,34 p. 100 pour les suppurations pelviennes.

Il examine ensuite certains points de détails, à propos desquels il ne partage pas l'opinion de M. Terrier, et notamment la question des avantages du plan incliné. Il faut, dit-il, se demander si, dans une laparotomie, il est préférable de voir avec une incision longue, ou de se fier simplement au toucher en faisant une petite plaie. M. Pozzi préfère cette dernière pratique. Il ne faut pas dire qu'ainsi on déchire l'intestin, cela ne lui est arrivé qu'une fois, et n'arrive pas si, les adhérences reconnues, on attire au dehors la partie à disséquer pour les dégager.

M. Pozzi ne rejette pas pourtant l'hystérectomie en principe et la conserve pour les cas de suppurations anciennes et diffuses, quand il y a des adhérences nombreuses et étendues des annexes, quand, enfin, après une laparotomie, les malades conservent des masses inflammatoires sur lesquelles il est nécessaire d'agir.

La question mise à l'ordre du jour sur les *tumeurs fibreuses* a pris fin dans la séance du soir. C'est le traitement qui a fait à peu près tous les frais de la discussion, il fallait s'y attendre, et on peut dire que, de toutes les opinions émises, il paraît ressortir une impression générale que nous allons essayer de formuler.

De même que, dans la discussion sur les affections tuberculeuses du pied, il a été prouvé qu'on devait surtout faire des résections parcimonieuses, les résultats donnés par celles-ci étant meilleurs que les lésions trouvées ne pouvaient le faire soupçonner; de même il est évident que, dans le traitement des tumeurs fibreuses, l'acte opératoire a fait un grand pas et que l'hystérectomie abdominale totale sera de plus en plus pratiquée. Comme pour les kystes de l'ovaire, du pédicule extra-péritonéal, on est passé à la réduction dans le ventre du moignon utérin; mais celui-ci peut être une cause d'infection, d'hémorrhagie, d'adhérences douloureuses, il faut donc le supprimer, c'est là la tendance actuelle.

Tel est le traitement des grosses tumeurs fibreuses. Dans les cas moyens,

dans les enclavements du petit bassin, l'hystérectomie vaginale par morcellement est à peu près adoptée par tout le monde, ainsi que la myomectomie pour les tumeurss sous-muqueuses; mais la castration tubo-ovarienne a encore de chauds partisans qui l'emploient à cause de sa bénignité et dans les cas où les accidents hémorrhagiques dominent la scène. Enfin, il ne faut pas oublier qu'à côté des chirurgiens qui ne croient pas à la bénignité des tumeurs fibreuses, il en est d'autres qui pensent que très souvent elles guérissent seules ou ne causent pas de dommages suffisants pour exiger une intervention, ceux-la nous semblent être en majorité.

Exposons maintenant les points qui, dans la discussion, méritent d'être relevés en donnant un compte rendu de la séance.

Voici d'abord les chirurgiens qui ont apporté des cas d'hystérectomie abdominale totale.

M. Schwartz (de Paris) commence par analyser une très intéressante observation d'opération abdomino-vaginale pour un gros myxofibrome. Le succès a été complet et la guérison est aujourd'hui parfaite. Puis vient M. A. Reverdin (de Genève), qui a aussi à son actif plusieurs opérations dans lesquelles il a enlevé toute la matrice à l'aide d'un procédé spécial. Il attire, en effet, les tumeurs au dehors du ventre à l'aide d'un appareil qui les soulève et les maintient en l'air. Une énorme pince-fourchette saisit le fibrome et l'attire grâce à un dispositif déjà décrit dans les périodiques. Cette manière de faire faciliterait beaucoup l'intervention.

M. Routier (de Paris) prend ensuite la parole, commence par tracer les caractères des fibromes et énumère les accidents qu'ils produisent. Certaines de ces tumeurs guérissent, et ce chirurgien a amené ainsi à la ménopause 4 malades avec succès. Quand il existe des hémorrhagies, il est partisan chaleureux de la castration tubo-ovarienne; il a opéré ainsi 21 malades et a eu 21 succès.

Si le fibrome a pris un développement intrapelvien et détermine des compressions, il pratique l'hystérectomie vaginale. Un des premiers, il a commencé par effondrer le cul-de-sac postérieur pour vérifier le diagnostic. M. Routier fend toujours l'utérus sur la ligne médiane et luxe l'une après l'autre les deux moitiés de la matrice.

Il a fait aussi des hystérectomies abdominales au nombre de 16 et a eu 3 morts. Sur ces 3 morts 2 sont dues, l'une à un étranglement interne et l'autre à une intoxication iodoformée.

Il a aussi pratiqué l'hystérectomie abdomino-vaginale et sur 6 opérations a eu 6 morts

M. Rouffart (de Bruxelles) est partisan de l'hystérectomie totale. Mais, pour que cette intervention réusisse, il ne faut pas attendre trop longtemps, car alors les adhérences se sont formées, l'organisme est affaibli et les chances de succès sont moins grandes.

Ce chirurgien a employé le traitement palliatif et ici c'est le curettage utérin qui réussit le mieux. Dans la thérapeutique curatrice, il se montre partisan de l'hystérectomie vaginale, la meilleure méthode quand le volume de la tumeur le permet.

La laparotomie pour hystérectomie totale lui a donné d'assez bon résultats puisque sur ces 5 derniers cas il a obtenu 5 succès. Il a l'habitude de commencer par le vagin pour se porter ensuite du côté de l'abdomen. De cette façon, la cavité utérine n'est pas ouverte, l'hémostase est pratiquée par le vagin et on n'a pas de chances d'infecter le péritoine.

M. Lebec (de Paris) sous le nom d'hystérectomie laparo-vaginale désigne l'ablation de l'utérus par l'abdomen, suivie de l'extirpation du moignon par le vagin. C'est, dit-il, une opération assez peu employée et qui cependant a les avantages de ne pas permettre ou au moignon intra-péritonéal d'infecter la séreuse ou au pédicule extra-péritonéal de

laisser subsister une fistule. Dans cette intervention, ce qu'il y a éviter, c'est l'hémorrhagie et on y arrive facilement avec des ligatures. Le tube de caoutchouc placé sur le col, met aussi à l'abri de ce danger.

Il a fait 7 fois cette opération et a eu 3 morts, l'une par embolie cardiaque partie de l'iliaque interne, la seconde par asystolie, la troisième par péritonite septique.

M. LARGEAU (de Niort) pense aussi que l'hystérectomie abdominale totale est la seule ressource contre les accidents graves des fibromes interstitiels et donnera les mêmes succès que l'hystérectomie vaginale, quand on la connaîtra mieux.

Les chirurgiens qui prennent ensuite la parole ont fait un pédicule et le traitent différemment suivant les cas. M. DUBOURG (de Bordeaux), 2 fois a pratiqué la méthode extra-péritonéale et une fois la réduction du moignon. Il a eu une mort.

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 avril 1893. — Présidence de M. FERRAND.

A propos des oreillons.

M. COMBY : Il a été récemment question, au sein de la Société, des oreillons, et plusieurs de nos collègues ont rapporté d'intéressantes observations de cette singulière maladie.

Je viens de recevoir de M. le docteur Guelliot, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, deux observations courtes, mais rares, que je vous demande la permission de vous communiquer.

Dans la première observation, il s'agit d'une *fluxion ourlienne* du corps thyroïde, localisation très rarement signalée, que je n'ai fait que mentionner dans mon livre, parce que je n'en avais point lu d'observation détaillée.

M. Guelliot signale, cependant, un cas dû à M. Matignon (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1890, p. 72).

La seconde observation de M. Guelliot n'est pas moins curieuse, car elle a trait à une série d'*œdèmes localisés* et douloureux au cours des oreillons.

Enfin, notre distingué collègue m'écrit qu'il a vu un enfant mourir d'œdème de la glotte au cours des oreillons. Cet accident a été observé quelquefois, mais très rarement dans les épidémies militaires.

Observations d'oreillons rapportées par M. le docteur Guelliot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims.

OBSERVATION I. — *Oreillons. — Congestion du corps thyroïde.* — Mlle G..., âgée de 12 ans. Oreillons le 11 mai 1889, gagnés de son frère, atteint vingt jours auparavant. Gonflement modéré de la parotide droite. Le 14 mai, le cou commence à augmenter de volume; très léger gonflement de la parotide gauche.

Le 16 mai, gonflement en fer à cheval au-devant du cou, plus marqué à droite. Peau normale; le lobe droit de la thyroïde est gros comme un œuf de pigeon un peu allongé; le gauche est un peu moins gros; on le saisit facilement entre les doigts. Pas d'œdème périphériques; pas de douleur à la pression; pas de fièvre.

Pharynx un peu rouge à droite; voix légèrement nasonnée. Rien aux glandes sous-maxillaires. Donc : **fluxion du corps thyroïde.**

Le 17 mai, la thyroïde commence à diminuer de volume; le 18, état normal; voix rauque.

Le 19 et le 20 mai, disparition des oreillons. Depuis cette époque, le corps thyroïde est resté physiologique.

Obs. II. — *Oreillons. — Œdèmes localisés multiples douloureux.* — Petit garçon de 9 ans, chétif, maigre, ayant eu de la gastro-entérite dans sa première enfance, impressionnable.

Le 16 décembre 1888, il sort par un froid très intense : malaise, faiblesse, frisson. Le soir, je constate les oreillons (qui devaient exister avant la sortie).

Le 17 décembre, douleurs dans les poignets, gonflement des mains et des avant-bras, blanchâtre, sans fièvre.

Le 18 décembre, pas d'albuminurie : douleur vive à la jambe droite, gonflement peu considérable, quelques pétéchies.

Le 19 décembre, bras droit douloureux dans sa moitié inférieure, jambe douloureuse; crises gastriques avec vomissement bilieux.

Le 20 décembre, douleurs vives dans le dos et le bras droit. *Orchite droite*, un peu de fièvre. Suffusion sanguine de la paupière droite.

Le 21 décembre, douleurs très vives pendant la nuit, surtout au tiers inférieur du bras gauche; en ce point, gonflement blanc, mou, peu douloureux. Etat général meilleur, l'orchite diminue,

Le 22 décembre, amélioration. L'enfant a eu, pendant la nuit, une crise douloureuse abdominale, le bras gauche est sensible à la pression.

Le 23 décembre, pendant la nuit, douleur testiculaire et pénienne; le testicule gauche est volumineux; œdème considérable du prépuce. Douleur sur la partie gauche du cuir chevelu, avec œdème à ce niveau.

Le 24 décembre, amélioration du côté du testicule et du prépuce, mais œdème notable de toute la région frontale gauche, peu résistant; douleur spontanée plutôt qu'à la pression. Douleurs au niveau des côtes gauches.

Toujours pas d'albuminurie.

Le 25 décembre, œdème palpébral droit.

Le 26 décembre, amélioration du côté du front : l'œdème palpébral droit est toujours très accentué et rosé. Rien à l'œil. Le soir, œdème douloureux du mollet droit. A part quelques accès fébriles passagers, état général satisfaisant.

Le 27 décembre, les paupières sont dégonflées.

Le 28 décembre, œdème du dos des pieds, peu douloureux. L'enfant commence à se lever. Anémie considérable.

Le 31 décembre, l'enflure des pieds à disparu.

Convalescence lente, mais guérison complète.

Ictère grave hypothermique

M. Hanot : Une haute élévation de la température est la règle dans l'ictère grave. Cette règle comporte cependant des exceptions. Wunderlich avait déjà fait remarquer que, dans quelques cas, on voit la température s'abaisser dès le début de l'affection et rester abaissée jusqu'à la fin.

M. Hanot présente justement trois observations d'ictère grave avec hypothermie, dans lesquelles, il faut le dire tout de suite, l'hypothermie n'était nullement due à de l'urémie.

Le premier cas pourrait s'intituler : ictère infectieux à forme typhoïde chez un alcoolique. Le coli-bacille fut trouvé en très grande abondance dans les selles; globules blancs à figures karyo-kynétiques sans bacilles. Guérison.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un ictère chronique progressif avec diarrhée, cachexie, hypothermie, mort. Hydropisie de la vésicule biliaire; calcul dans le canal cystique; cancer des voies biliaires; coli-bacille dans tous les organes, et en particulier dans la bile immédiatement après la mort.

Enfin, la troisième observation peut ainsi se résumer : embarras gastrique terminé par un ictère grave; hypothermie; mort en seize jours. Dans ce cas le bactérium coli commune fut trouvé jusque dans les cellules hépatiques elles-mêmes.

On trouve, dans la thèse de Macaigne, un certain nombre d'observations d'ictère grave ou pseudo-grave produit par le coli-bacille. Girode en a récemment publié un cas.

Chez les trois malades de M. Hanot, il est à remarquer que l'ictère grave est survenu à la suite de lésions antérieures du foie. Il est permis de supposer que ces lésions ont favorisé, d'une part, l'augmentation de la virulence du coli-bacille, et, d'autre part, l'envahissement du foie par ce micro-organisme. Au point de vue clinique, on peut aussi penser que l'ictère grave ou pseudo-grave hypothermique est un ictère infectieux à coli-bacille.

La conclusion thérapeutique qui découle de ces faits est qu'il faudra prescrire, dans tous les cas analogues, une antisepsie intestinale aussi rigoureuse que possible.

Un cas de choléra

M. Gaucher lit l'observation d'un homme de 68 ans, qui entra à l'hôpital Saint-Antoine le 16 mars dernier, pour un zona. Cinq jours après, il fut pris de diarrhée, puis bientôt après, de vomissements, de crampes, avec prostration, voix rauque, soif vive, urines très rares, pouls petit, abaissement de la température; les traits étaient tirés, les yeux profondément excavés. Les jours suivants, diarrhée à grains riziformes, anurie absolue. Mort le 25 mars dans la nuit.

L'examen bactériologique des selles riziformes révéla l'existence du bacille virgule. L'autopsie ne montra rien de particulier.

L'origine de l'infection reste absolument inconnue.

Thyphus exanthématique

M. Bourcy. — Le 30 mars dernier entraient à la Charité deux malades présentant l'aspect de thyphiques et ayant une fièvre très vive. L'un d'eux, âgé de 48 ans, alcoolique, ayant été pris brusquement, quatre jours auparavant, de malaise, de frissons, de fièvre. A son entrée, sa température était déjà de 40° 2.

Le lendemain, 31 mars, la température du matin atteignait 40° 4 et celle du soir, 40° 8. Il présentait une vive injection des conjonctives et des paupières et une double éruption : sur l'abdomen c'étaient de petites taches, les unes analogues à des petites taches rosées, d'autres papuleuses, acnéiques, d'autres produites par des piqûres de puces; aux membres inférieurs, c'étaient de larges taches ecchymotiques, violacées, pâlissant par la pression mais ne disparaissant pas complètement.

Rien au cœur, toux légère, pas de troubles abdominaux.

Urines peu abondantes, très albumineuses.

Le malade resta dans le même état pendant trois jours, sa température dépassant toujours 40°.

Puis au septième jour de la maladie, il fut pris de phénomènes nerveux intenses, ayant les caractères du délire alcoolique, au milieu desquels il mourut bientôt après.

M. Bourcy avait pensé d'abord qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde anormale chez un alcoolique. Mais il avait modifié ce diagnostic, ayant entendu parler de typhus exanthématique.

A l'autopsie, on trouva tous les viscères très congestionnés; pas de lésions intestinales;

rate très volumineuse et pesant 615 grammes ; foie grisâtre très altéré ; reins congestionnés ; cœur flasque ; méninges gorgées de sang ; nulle part d'hémorrhagie.

M. Bourcy se propose de revenir, dans une séance ultérieure, sur les lésions microscopiques et sur l'examen bactériologique des organes.

Quant au deuxième malade, qui habitait la même maison que le premier, et qui avait été pris, en même temps que lui, des mêmes phénomènes morbides, il présenta au dixième jour de son affection une chute brusque de tempépature et il est probable qu'il sera bientôt complètement guéri.

M. Gaucher a appris que, depuis huit jours, il y a eu plusieurs cas de typhus exanthématique à la maison de Nanterre.

M. Chantemesse — Il y a actuellement des cas de typhus exanthématique à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Lancereaux. Il s'agirait donc d'une véritable épidémie.

— La question du typhus exanthématique est mise à l'ordre du jour et sera discutée dans les prochaines séances.

Goutte aiguë et tuberculose

M. Galliard présente l'observation d'un malade ayant eu antérieurement deux accès de goutte aiguë et ayant contracté récemment une tuberculose pulmonaire. Ce malade eut simutanément une pleurésie séreuse et un troisième accès de goutte aiguë. Les deux affections évoluèrent parallèlement et la guérison fut marquée par une polyurie considérable et par une excrétion énorme d'acide urique.

Ce fait est intéressant par sa rareté même. En effet, si la tuberculose n'est pas exceptionnelle chez les goutteux chroniques, déjà affaiblis et cachectisés, on ne la voit, au contraire, que bien rarement coïncider avec la goutte aiguë.

COURRIER

Le typhus épidémique règne à Paris. Il s'est d'abord développé au dépôt et dans les prisons ; mais il a franchi les portes de ces établissements et, à l'heure qu'il est, il existe dans plusieurs hôpitaux, notamment à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, des malades qu'on va placer dans un service d'isolement.

Dans le service de M. Bucquoy, un externe a déjà été atteint, nous dit-on. M. Lancereaux a déja pratiqué deux autopsies et n'a pas trouvé de lésions intestinales, ce qui entre autres caractères, comme on le sait, différencie le typhus de la fièvre typhoïde.

Dans notre prochain numéro, nous donnerons un article sur ce sujet.

— C'est avec une profonde émotion que nous apprenons à nos lecteurs la mort du docteur Gallet-Lagoguey qui vient d'être enlevé à l'affection des siens et de ses amis. L'association médicale mutuelle dont il était le président fait là une perte irréparable, on sait en effet combien il s'était dévoué à cette œuvre utile et, par lui, si prospère

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE

—

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE DANS LES PRISONS ET LES HOPITAUX DE PARIS

Le typhus exanthématique a fait son apparition à Paris, il y a un mois. Il a pris naissance, vers le 10 mars, à la prison du *Dépôt,* où il a été importé par un individu venant de Lille; il s'est répandu de là à la Roquette, à la Maison de Nanterre et à l'infirmerie de la Santé. Il a été introduit à l'Hôtel-Dieu par l'homme qui l'avait apporté de Lille. On compte aujourd'hui 62 cas et 15 morts (1). C'est donc une petite épidémie à laquelle nous allons assister. Elle n'a rien d'alarmant pour la population, mais elle est intéressante parce que les médecins de Paris n'ont pas eu l'occasion de voir le typhus depuis 1814, époque à laquelle il y entra à la suite des armées alliées. Elles le traînaient après elles depuis deux ans et toutes les places fortes de la frontière avaient été successivement ravagées. Il ne prit pas, à Paris, les proportions qu'on était en droit de redouter; mais on en observa quelques cas dans les hôpitaux. Ils furent surtout nombreux à la Salpêtrière, où le docteur Lapille, qui a décrit cette petite épidémie dans sa thèse, put en recueillir 50 observations (2); mais il y a bientôt quatre-vingts ans que cela s'est passé et le typhus est une nouveauté pour les médecins qui exercent aujourd'hui à Paris. Il est, au contraire, très bien connu des médecins militaires. Ceux de l'armée ont eu l'occasion de l'étudier à loisir pendant la campagne de Crimée et le retrouvent de temps en temps en Afrique, où il se montre d'habitude à la suite de la famine. Ceux de la marine l'ont vu, comme leurs collègues, à bord de leurs navires, pendant le siège de Sébastopol ; ils l'ont observé à l'état épidémique dans les bagnes et en particulier dans celui de Toulon en 1829, en 1833, en 1845 et en 1855 (3) ; ils le retrouvent en Bretagne, car il est endémique dans le Finistère et le Morbihan, ainsi que le docteur Gestin, médecin en chef de la marine, l'a démontré dans un travail remarquable qu'il a adressé à l'Académie de médecine et qu'elle a récompensé en 1876. Or, toutes les fois qu'il éclate au milieu de ces pauvres populations, ce sont les médecins de la marine qu'on y envoie en mission pour leur donner des soins.

---

(1) M. Dujardin-Beaumetz a fait mardi dernier, sur ce sujet, à l'Académie de médecine, une communication dont on trouvera le résumé plus loin.

(2) Lapille : *Essai sur quelques points de médecine relatifs au typhus.* (Thèse de Paris, 1814.)

(3) C'est à la suite de cette dernière épidémie que M. le professeur Barallier a publié son excellent ouvrage, le traité le plus complet qui ait paru sur la maladie depuis celui d'Hildenbrand. (A.-M. Barallier : *Du typhus épidémique*, Paris, 1861.)

Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'en voir deux épidémies, celle de Riantec, qui a régné en 1870-1871, et dont le médecin de 1re classe Gillet s'est fait l'historien dans sa thèse inaugurale (1); celle de Rouissan, dont le docteur Gestin a rendu compte et qui s'est répandue, en 1872 et 1873, dans la plupart des villages situés autour de Brest; enfin, j'ai reçu le rapport officiel de l'épidémie qui a régné, en 1876, dans l'île de Molène. Il me fut adressé par M. le docteur Desdéserts, médecin de 1re classe de la marine, qui avait été envoyé dans l'île pendant l'épidémie, et j'en ai fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine le 31 juillet 1877 (2).

Il y en a eu une dernière épidémie, en 1891, à l'île Tudy. Le docteur Thoinot a été envoyé sur les lieux par le ministre de l'intérieur, et il a rendu compte de sa mission au Comité consultatif d'hygiène publique à la séance du 16 novembre 1891 (3).

Dans toutes ces épidémies, le typhus se montre avec les mêmes caractères, et on se demande comment on a pu si longtemps le confondre avec la fièvre typhoïde. Je n'ai pas à m'occuper ici de sa séméïologie, ce serait sortir de mon cadre; je me bornerai donc à parler de ce qui a trait à son étiologie, à son mode de propagation, à sa prophylaxie, et cela bien entendu au point de vue de la petite épidémie qui vient de se déclarer à Paris. Et, d'abord, il est incontestable que c'est bien au typhus exanthématique qu'on a affaire. Les pétéchies, la stupeur profonde ont été constatées sur tous les malades et, dans les autopsies qu'on a eu l'occasion de faire, on a reconnu l'absence de la lésion intestinale caractéristique de la fièvre typhoïde.

Il est plus difficile, de savoir comment il y est venu. Dans les épidémies de Bretagne, on n'a jamais pu découvrir comment s'était produit le premier cas, et cependant cette origine est bien plus facile à saisir dans ces îles où tout le monde se connaît, où les arrivages ne sont pas fréquents, et qui paraissent faites pour élucider les questions délicates de pathogénie(4).

A Riantec, la maladie existait depuis deux ans, lorsque le docteur Gillet y est arrivé. A Rouissan, le premier cas auquel M. Gestin a pu remonter est celui d'une vieille femme habitant une ferme située à 300 mètres du village; voilà tout ce qu'il a pu savoir. A l'île de Molène, il y avait déjà cinq mois que la maladie régnait, lorsque M. Desdéserts y est arrivé, et il n'a pas pu se procurer de renseignements précis sur son origine. A l'île Tudy, c'est encore par une femme que le typhus a débuté, sans que M, Thoinot ait pu savoir comment elle l'avait contracté.

A partir du cas initial, au contraire, la propagation se fait d'une façon régulière et on a pu, dans toutes les épidémies, la suivre à la trace de maison en maison, de famille en famille, sans que le fil conducteur se soit

(1) Gillet (Paul-Louis) : *Quelques considérations sur le typhus de Riantec* (Morbihan). Paris, 1872.

(2) Jules Rochard : Note sur le typhus exanthématique de Bretagne. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. VI, p. 854.)

(3) Rapport présenté par le docteur L.-H. Thoinot sur une épidémie de typhus exanthématique observée à l'île Tudy (Finistère). (*Recueil des travaux du Comité consultatif*, t. XXI, p. 630.)

(4) L'homme qui paraît l'avoir introduit à la Roquette venait de Lille où le typhus existe depuis deux mois ; il l'avait semé à Amiens, en passant ; trois religieuses et l'aumônier de l'asile qu'il avait habité en étaient morts,

rompu un instant. Chaque malade devient le centre d'un foyer d'irradiation qui s'étend aux autres membres de la famille, à des voisins, à des amis qui vont le propageant de maison en maison, jusqu'à ce que tout le village en soit infecté.

Le typhus est contagieux à la façon de la peste; il a les mêmes allures lentes mais sûres. L'activité du principe contagieux est considérable, mais sa sphère d'action est limitée. C'est une arme qui ne porte pas à grande distance, mais dont les coups sont certains. Infiniment plus contagieux que le choléra, il n'a pas la même puissance de diffusion. Il n'est pas rare de voir des maisons respectées au milieu d'un groupe d'habitations envahies. Il suffit pour cela de s'isoler, et c'est encore comme pour la peste.

Le typhus ne se contracte pas aussi facilement que la variole. Il ne suffit pas d'approcher des malades, il faut passer un certain temps près d'eux. Il est surtout dangereux d'y séjourner pendant la nuit. La plupart des femmes atteintes à Molène, avaient veillé des parents ou des amis frappés par la maladie.

M. Thoinot, a fait exactement les même observations à l'île Tudy. Il en conclut que le typhus se contracte par le contact direct, que l'eau et l'air n'y sont pour rien. En ce qui concerne l'eau, je suis de son avis; pour l'air, je ne suis pas aussi affirmatif; je crois qu'on peut très bien contracter la maladie, en séjournant près du lit d'un typhique sans le toucher. Elle se transmet aussi par les vêtements, le linge, les objets de literie. A Molène, M. Desdéserts a vu des femmes atteintes pour avoir lavé le linge des morts, des enfants pour s'être roulés sur de la paille provenant du lit des malades.

Cette contagiosité énergique est un des caractères qui séparent le typhus de la fièvre typhoïde. En 1865, j'ai observé à Lorient, dans les casernes, une épidémie de fièvre typhoïde qui a causé 256 décès en six semaines. Nous avons eu 844 malades à la fois dans les hôpitaux et pas un de nous n'a contracté la maladie, bien que plusieurs des jeunes médecins placés sous nos ordres eussent l'âge qu'elle affectionne. En 1872, lors de l'épidémie de typhus qui a commencé à Rouissan, on a envoyé, à l'hôpital de la Marine, un ouvrier du port qui en était atteint. Je l'ai fait isoler avec soin, la maladie ne s'est pas répandue dans l'hôpital, mais deux des personnes qui le soignaient en ont été atteintes, un infirmier et un étudiant. Voilà la différence.

Quant au degré de gravité, il varie suivant les circonstances. Le typhus est une maladie de misère et d'encombrement. Les privations et la malpropreté préparent le terrain sur lequel la contagion vient germer. Aussi est-ce le fléau des villes assiégées, des camps, des navires encombrés et mal tenus, des prisons et des pays pauvres. En Algérie, c'est toujours après les disettes qu'on le voit apparaître; en Bretagne, c'est dans les villages les plus pauvres et les plus malpropres. Ses ravages sont en raison de l'intensité de ces causes prédisposantes et surtout de l'encombrement.

Pendant la retraite de Russie, sur 30,000 prisonniers enfermés dans Wilna, le typhus en enleva 25,000 et fit périr 8,000 juifs qui trafiquaient des dépouilles des morts. A Torgau, sur 26,000 hommes de garnison, il en périt, en trois mois, 14,000 et un tiers des habitants (1). A Mayence, 20,000 hommes

(1) Gilles de la Tourette : Thèse de Paris, 1815, nº 71.

de la garnison succombèrent. En Crimée, le typhus a fait le vide dans certaines ambulances encombrées, en emportant tout à la fois médecins, infirmiers et malades. A l'ambulance Gout, on a compté 370 décès sur 375 typhiques (1).

Le typhus des vaisseaux n'était pas moins meurtrier que celui des camps. Il ravageait nos escadres au siècle dernier. Je n'en citerai qu'un exemple : Le 3 novembre 1758, l'escadre de l'amiral Dubois de Lamothe, forte de treize vaisseaux et de deux frégates, mouillait en rade de Brest, après une longue croisière et avec plus de la moitié de son monde sur les cadres. Elle débarqua ses malades et ses morts; le typhus se répandit dans la ville et dans les environs. En cinq semaines, 10,421 marins ou employés de la marine furent atteints par le fléau; le chiffre des décès s'éleva à 2,518 pour les gens de mer, à 500 pour les forçats, à 1,186 pour les habitants; total : 4,204 victimes (2).

De nos jours, le typhus est moins meurtrier. Ainsi, l'épidémie du bagne de Toulon de 1856 n'a fait que 74 victimes en trois mois, sur 244 malades et sur un effectif moyen de 3,000 forçats, ce qui donne une proportion de 31,14 décès pour 100 malades (3). Dans l'épidémie de Riantec, sur 4,071 habitants que renfermait la commune, 551 furent atteints, et il en mourut 121 (22 p. 100) (4). A Rouissan, sur 322 habitants, 165 ont été atteints et 43 sont morts (26 p. 100). A l'île de Molène, sur 578 habitants, il y a eu 284 malades et 12 décès (4,26, p. 100). A l'île Tudy, sur 1,050 habitants, il y a eu 84 cas et 16 décès (19 p. 18) (5).

On le voit, la mortalité par le typhus est extrêmement variable, et cependant c'est toujours la même maladie. Il suffit, pour s'en assurer, de comparer les descriptions que Pringle, Hildenbrand, J. Frank, de Courcelles nous ont laissées, avec celles de M. Barrallier pour le bagne de Toulon, avec les rapports de MM. Gillet, Gestin. Desdéserts. Thoinot pour les épidémies de Bretagne; il suffit surtout de regarder les malades. Ce sont les mêmes symptômes, la même marche franche et rapide, les mêmes lésions à l'autopsie; la gravité seule diffère, et c'est, comme je l'ai dit, une question de milieu.

Quant à savoir comment le typhus s'est ainsi implanté en Bretagne, on peut faire diverses suppositions. On peut penser qu'il nous vient d'Angleterre; le voisinage et les relations continuelles entre les deux côtes suffiraient pour l'expliquer. On peut admettre aussi que c'est un reste des épidémies du siècle dernier, pendant lequel nos escadres l'ont si souvent importé dans les ports de Brest et de Lorient. J'incline plus volontiers vers cette hypothèse. Il me semble naturel de croire qu'il s'y est maintenu sous l'influence

(1) Léon Colin : *Traité des maladies épidémiques*, Paris, 1879, p. 649.

(2) J.-B. Fonssagrives : Recherches historiques sur l'épidémie qui, en 1758, ravagea l'escadre de l'amiral Dubois de Lamothe et la ville de Brest. (*Annales d'hygiène*, 1859, t. XII, p. 24.)

(3) A.-M. Barallier : *Du typhus épidémique* (*loc. cit.*), p. 378.

(4) Gillet (Paul-Louis) : Thèse de Paris, 1872, *loc. cit.*

(5) Thoinot : Rapport sur une épidémie de typhus exanthématique à l'île Tudy (Finistère). (*Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique*, 1891, t. XXI, p. 630.)

de la misère, de la malpropreté et qu'il se rallume de temps en temps par places comme l'a montré M. Gestin, avant les travaux duquel on le confondait avec la fièvre typhoïde.

Du moment où il est endémique en Bretagne, il ne serait pas surprenant qu'il fût de temps en temps transporté dans d'autres provinces ; mais ce n'est pas de là qu'il est venu à Paris, puisque l'importateur arrivait de Lille où la maladie règne en ce moment. Nous avons dit qu'elle était également à Amiens.

Je ne crois pas que la population de Paris doive s'alarmer de ce qui se passe dans les prisons et les hôpitaux. Le typhus est une maladie qui se localise d'elle-même et dont la puissance d'expansion est très faible. Aucune des épidémies du bagne de Toulon ne s'est répandue dans la ville où la fièvre typhoïde règne en tout temps avec une intensité peu commune. La commune de Riantec, qui a été si maltraitée en 1870, touche la ville de Port-Louis, qui est elle-même en communication continuelle avec Lorient, et le typhus ne s'est pas montré dans ces deux villes.

Il est possible qu'il y ait à Paris quelques cas disséminés causés par les gens qui ont traversé le *Dépôt* dans ces derniers temps; mais je serais bien surpris s'il s'y formait un foyer de quelque importance.

On a du reste pris, dès le début, toutes les précautions nécessaires. Le préfet de police, sur la proposition du comité permanent des épidémies, a fait inspecter les prisons compromises. On a commencé par évacuer et désinfecter le Dépôt. On a augmenté la ration de viande donnée aux détenus. Au lieu d'un repas de 145 grammes par semaine qu'on allouait à ceux qui travaillent en commun, et de deux repas pour ceux qui sont en cellule, on donne à tout le monde trois repas de 145 grammes par semaine. On fait prendre à chaque détenu un bain d'aspersion tous les huit jours. Il est inutile de dire que la désinfection la plus rigoureuse est appliquée au linge et aux effets des malades et des morts, ainsi qu'aux locaux dans lesquels ils séjournent et que l'isolement le plus absolu est imposé aux malades.

Jules Rochard.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Suite de la discussion sur les tumeurs fibreuses

M. Chaput (de Paris) vient ensuite exposer une **nouvelle méthode de traitement du pédicule des fibromes après amputation supra-vaginale**.

Il commence par passer en revue les différents traitements du moignon utérin, n'accepte pas l'hystérectomie abdominale totale, donne les inconvénients du pédicule externe et fait toujours la réduction ; mais il a imaginé un procédé spécial, ayant pour but de faire une hémostase complète du tissu utérin qui forme le pédicule. Une difficulté se présente, c'est la consistance même de ce tissu qui empêche de saisir les artères. Aussi a-t-il imaginé une pince spéciale en forme de cœur et très forte, qui permet de saisir le tissu musculaire sans le lâcher, c'est d'autant plus aisé avec ces pinces que presque toutes les artères sont situées en couronne sur le bord du moignon. L'artère saisie, pour pouvoir placer le fil, M. Chaput fait deux petites incisions sur les deux côtés de la pince et la ligature est ainsi solidement placée. S'il y a une hémorrhagie venant du centre du pédicule, il trace autour un lambeau carré dans lequel mord la

pince. Pendant toutes ces manœuvres, il est bien évident que l'hémostase provisoi re es faite à l'aide d'un tube en caoutchouc.

M. Chaput fixe aussi son pédicule par 2 sutures à la face péritonéale de la paroi. Il se fait ainsi entre le pédicule et cette paroi, un exsudat qui arrête le suitement sanguin et des adhérences susceptibles de limiter l'infection.

M. Potherat (de Paris) communique les résultats obtenus dans 23 cas de fibromes utérins. Dans 6 cas de fibrome sous-muqueux dont 5 avec hémorrhagies considérables, et commencement de gangrène et septicémie dans un cas, ce chirurgien a obtenu 6 guérisons définitives. Dans 5 cas de fibromes volumineux interstitiels ou sous-séreux, il a fait une hystérectomie abdominale avec pédicule fixé, deux fois les malades ont guéri et travaillent. Dans un troisième cas, le fibrome pédiculé pesait 9 kilogrammes, la malade a guéri sans éventration.

Dans les deux autres cas, M. Potherat a fait, d'une part, la castration tubo-ovariume, la malade, jeune et extrêmement anémiée, succomba ; d'autre part, il a enlevé par la laparatomie un fibrome pédiculé ; cette deuxième malade était en bon état quand elle succomba à des accidents cardiaques.

Enfin, dans 12 autres cas, M. Potherat a fait l'hystérectomie vaginale totale ; il a obtenu 11 guérisons définitives, et une mort qu'il attribue à ce qu'il n'avait pas fait au préalable le curetage de l'utérus. Il se prononce nettement pour cette dernière intervention.

La question du corps fibreux compliquant la grossesse ne pouvait manquer d'être soulevée.

M. Guinard (de Paris) l'aborde et étudie les indications qui naissent de cette complication. Il s'est ainsi trouvé en face d'une malade grosse de trois mois et portant son myome dans le ligament large. La laparotomie était indiquée par l'état de la malade. M. Guinard put énucléer le fibrome, guérit sa malade et la grossesse continua. Ce mode d'intervention est bien supérieur à l'opération césarienne, car celle-ci pare à un des dangers, mais laisse le fibrome.

M. Vautrin (de Nancy) fait ensuite une communication très étudiée sur le même sujet et sur laquelle nous regrettons de ne pouvoir nous étendre davantage. Il apporte trois cas dans lesquels il est intervenu. Avec les observations consignées dans sa thèse et celles qu'il a pu recueillir depuis, il arrive à un total de 23 cas avec 5 morts.

Dans les fibromes sous-péritonaux, l'opération n'a pas la gravité de celles pratiquées pour les fibromes interstitiels ou sessiles. Quand la tumeur est péduculée, on peut, dans certains cas, l'enlever par l'incision du cul de sac vaginal postérieur. C'est ce qu'a fait une fois M. Vautrin. Lorsque la tumeur est interstitielle, il faut faire la laparotomie, il a réuni 29 cas d'amputation supra-vaginale pendant la grossesse, et a trouvé 11 morts, soit une proportion de 37,8 p. 100. Lui-même a pratiqué une fois cette opération et a perdu sa malade.

M. Vautrin est convaincu que les interventions sur les utérus gravides ne sont pas plus dangereuses que sur les matrices à l'état de vacuité. C'est ce point qu'il a surtout voulu mettre en lumière.

M. le professeur Verneuil clôt la discussion en s'élevant contre les assertions faites par certains orateurs, il ne peut admettre que les fibromes soient tellement graves que l'opération, lorsque la tumeur est reconnue, s'impose. Il s'élève contre ce dire de toute sa force, et ne peut approuver ceux qui enlèvent un utérus pour un corps fibreux gros comme une châtaigne ainsi qu'il en a été cité des observations à cette tribune.

Mais il est des corps fibreux qui n'incommodent jamais les malades : on n'a qu'à faire des autopsies à la Salpêtrière pour s'en convaincre. M. Verneuil connaît au moins

une douzaine de femmes de médecins qui ont des corps fibreux et jamais on n'a songé à les opérer. Il a été frappé de la mortalité des hystérectomies dans les différentes statistiques citées et en est un peu effrayé. A la fin de la discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, le traitement par l'électricité devait faire son apparition.

Les docteurs Bergoné et Boursier (de Bordeaux) arrivent à cette conclusion que le traitement électrique à la clinique électrothérapique de Bordeaux a 90 fois sur 100 fait cesser les hémorrhagies, qu'il agit favorablement sur l'état général et sur les douleurs; mais que rarement il amène la diminution du volume de la tumeur.

Le docteur Regnier (de Paris) prend aussi la parole sur ce sujet et donne sa statistique.

Nous rapprochons de la question des tumeurs fibreuses une discussion qui a eu lieu dans la dernière journée du Congrès, et qui nous a procuré l'occasion d'entendre un chaleureux et éloquent plaidoyer de M. Segond sur le *traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie.* Mais, de même que les laparotomistes n'avaient rencontré devant eux qu'un seul des représentants de l'extirpation de l'utérus pour répondre à leurs arguments, de même M. Segond ne trouve en face de lui que M. Hartmann, et nous regrettons, pour l'éclaircissement de la question, que les deux partis au complet n'aient pu se trouver en face l'un de l'autre.

M. Segond reprend donc les arguments donnés par M. Terrier et ses élèves, qui gardent l'hystérectomie pour les cas tout à fait exceptionnels. Nous voilà bien loin s'écrie-t-il, de la formule donnée par Bouilly, acceptée par beaucoup, et à laquelle je m'associe tout entier, que l'hystérectomie devra être faite toutes les fois qu'on aura reconnu la biatéralité de lésions. Et sur quels arguments s'appuie-t-on pour la rejeter? Sur un cas de M. Broca, qui a perdu une opérée à peine sortie de couches; or, c'est à ce moment que l'hystérectomie est la plus dangereuse; sur 4 opérations de M. Boiffin et sur un nombre presque aussi minime d'interventions de M. Delagenière, sont-ce là des chiffres à comparer avec ceux du docteur Jacobs (de Bruxelles), qui, sur 117 hystérectomies, n'a eu qu'une seule mort! M. Segond, du reste, trouve que cette manière de raisonner sur des chiffres n'est pas la vraie, et il continue à donner le pourcentage des laparotomies de M. Terrier, qui arrive à une mortalité de 11,86 p. 100, ainsi que sa statistique donnant une léthalité de 14,28 p. 100. Certes, il y a un certain écart, mais les cas ne sont pas comparables, et il faut savoir que, sur 51 de ces mêmes opérations, dans des cas de non-suppurations, il a eu 0 décès; la mortalité a été blanche.

Quels sont donc ces fameux accidents qu'on reproche toujours à l'extirpation de l'utérus par le vagin? Le pincement de l'uretère! M. Segond, sur plus de 200 cas, ne l'a jamais observé. L'ouverture de la vessie! il ne l'a crevée que 3 fois. La déchirure du rectum! il ne l'a notée que 9 fois, et 6 fois il existait une fistule préexistante. Mais la laparotomie n'a-t-elle pas les siennes de fistules pyostercorales! n'a-t-elle pas ses éventrations! et les fistules de la laparotomie ne se comportent pas comme celles de l'hystérectomie, qui guérissent presque toujours seules!

Le chirurgien de la Maison municipale de santé termine en faisant à chacun sa part dans les procédés opératoires de l'hystérectomie. Ces procédés sont au nombre de quatre. Le premier, celui de Péan, qui fait deux valves, une antérieure et une postérieure; un second, celui de Quénu-Muller, avec section antéro-postérieure de la matrice; un troisième, celui de Doyen, qui morcelle la face antérieure de l'utérus afin de le faire basculer, et, enfin, un quatrième, dont il réclame la modeste paternité, qui consiste à enlever d'abord le col, puis à attaquer la moitié antérieure de la matrice en faisant un

évidement conoïde, ce qui fait basculer son fond, qui amène les annexes et permet de mettre facilement des pinces-longuettes sur les ligaments larges.

M. Hartmann se lève et expose que M. Terrier et lui ont basé leur communication sur la constatation des résultats éloignés dans les laparotomies et qu'il regrette que M. Segond n'ait pas apporté des arguments semblables dans la discussion. Ce à quoi M. Segond répond que ne faisant des hystérectomies que depuis 1891, il ne peut, comme M. Terrier, apporter des cas suivis depuis 1887, 1888 et 1889. Il a cependant cité, dans le cours de sa communication, le fait d'une malade opérée par lui, et que M. Delagenière va être obligée de laparatomiser, ainsi qu'un autre cas semblable qu'il a aussi dans so service; mais il a fait aussi des hystérectomies chez des femmes laparotomisées sans succès.

Nous rapprochons des précédentes la communication de M. Reynier qui ne veut garder l'hystérectomie vaginale que pour les cas où la laparotomie est dangereuse. Il s'appuie sur les résultats éloignés qui sont excellents par la laparotomie, les malades sont guéries. Avec l'hystérectomie, on est exposé à ne pas enlever toutes les annexes, et les abcès reparaissent. M. Reynier cite deux faits à l'appui.

Analysons maintenant les nombreuses et intéressantes communications faites dans la même journée.

M. Verneuil vient d'abord exposer ses idées sur la **pathogénie du lymphadénome** et fait remarquer que dans les tumeurs ganglionnaires autant on connaît bien les adénopathies infectieuses de nature inflammatoire ou bactérienne avec leurs causes extérieures ou leurs portes d'entrée, autant on connaît mal les maladies connues sous le nom d'adénie, de lymphadénome, de lymphosarcome. C'est sur la nature de ces tumeurs ganglionnaires que M. Verneuil émet une hypothèse et il pense que le lymphadénome simple qui se comporte tantôt comme une néoplasie, tantôt comme une adénopathie scrofuleuse doit son évolution à la combinaison de l'arthritisme et de la scrofule, et il en cite trois cas bien nets dans lesquels les sujets étaient des rhumatisants et des scrofuleux ; le traitement même vient à l'appui de cette théorie; l'iodure de potassium ne fait rien sur ces tumeurs qui sont améliorées par l'arsenic et le phosphore.

M. Le Dentu veut apporter quelques points relatifs à l'**opération de l'uranostaphylorraphie.** Il a jusqu'à ce jour opéré 7 perforations accidentelles et 23 divisions congénitales et n'a eu que 2 morts, l'une par diarrhée et l'autre par bronchite. Les accidents qu'il a eu à combattre sont les suivants : une hémorrhagie grave et des désunions partielles assez étendues (3 fois). La réunion secondaire a été tentée dans ces cas de désunion; mais elle est difficile à obtenir car les fils coupent plus facilement les tissus.

Un point important à considérer, c'est la situation du tubercule médian, le prognatisme de l'os intermaxillaire, qui ajoutent une difficulté à l'intervention. Trelat ne s'en occupait qu'en dernier lieu et à tort; c'est par cette brèche antérieure et dénivelée qu'il faut commencer, pour revenir à la voûte palatine ensuite. Pour mettre l'os intermaxillaire au niveau de la voûte, il faut le mobiliser et on y arrive en sectionnant le vomer et la partie qui le maintient à la voûte. On suture ensuite cet os remis en place et la consolidation est rapide.

L'incision libératrice doit contourner la dernière molaire pour être assez large et pour décoller la muqueuse alvéolaire. M. le Dentu a fait construire une rugine récurrente, avec laquelle ce temps de l'opération est des plus faciles. Ils se sert aussi d'une aiguille de forme particulière, qui permet de passer un fil dans les deux lambeaux en

même temps. Le chirurgien de Necker termine sa communication en disant qu'il ne faut pas opérer dans le trop jeune âge, et fait l'uranostaphylorraphie en une seule séance, c'est-à-dire section, avivement et suture dans une seule séance, le procédé en deux séances consistant à remettre la suture à trois ou quatre jours après la première opération.

Le traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par l'autoplastie fait l'objet de la communication de M. le docteur Berger, qui a fait venir 3 malades opérés par lui et sur lesquels on peut constater les excellents résultats de sa méthode. On sait combien la thérapeutique était impuissante dans cette affection et c'est en s'appuyant sur l'anatomie pathologique que le chirurgien de Lariboisière est arrivé à imaginer son traitement. L'aponévrose est rétractée, ceci est de connaissance vulgaire, mais l'inflammation chronique qui débute par le bord cubital peut gagner la peau qui se resserre pour son compte; de plus, les tractus fibreux qui réunissent l'aponévrose palmaire à la face interne du derme rendent la dissection de la peau non seulement difficile mais impraticable. Elle se perfore ou se plisse et le lambeau obtenu est insuffisant, il faut donc faire une autoplastie, et M. Berger, suivant sa méthode ordinaire, prend son lambeau sur le tronc et coupe le pédicule du dixième au quinzième jour. L'aponénose palmaire a été enlevée, bien entendu, les brides sectionnées et les doigts redressés. Il faut savoir que le résultat immédiat n'est pas ce qu'il sera plus tard, le lambeau au début manque de souplesse, se boursoufle; ces inconvénients disparaissent au bout de peu de temps.

La communication de M. Levrat (de Lyon), est à rapprocher de celle de M. Berger, car il s'est servi de la même méthode, et nous parle d'abord de **greffes autoplastiques pour brûlures.** Il cite un cas remarquable de rétraction cicatricielle du coude et du poignet. Le membre supérieur était fléchi considérablement, l'avant-bras était en pronation et le pouce arrivait à toucher l'avant-bras. Le coude fut d'abord traité à l'aide d'un large lambeau pris sur le thorax. Après guérison de cette première intervention la main fut opérée et la peau prise sur la fesse. Le résultat fut fort bon, comme en font foi des photographies.

Chez un second malade, les doigts rétractés furent encore replacés en situation normale à l'aide d'un lambeau pris dans la région fessière. M. Levrat cite encore d'autres faits analogues et notamment un cas dans lequel il s'est servi d'un prépuce qu'il venait d'enlever.

Il termine par une observation d'un **enchondrome parotidien** pesant 6 kilos ayant nécessité 45 ligatures, porté par un homme d'euviron 60 ans qui est aujourd'hui guéri Pas de paralysie faciale.

Le docteur Willems (de Gand) a adopté dans **le pied bot l'opération de Phelps** et a cherché à obtenir la réunion par première intention. Il sutura d'abord, mais avec un succès incomplet, la plaie verticale en la transformant en une plaie horizontale. Il chercha alors à transplanter un lambeau qu'il prit à l'avant-bras sans pédicule, et l'introduisit dans l'encoche qui fut ainsi tapissée. La réunion fut complète et le résultat très bon.

C'est aussi de chirurgie orthopédique que le docteur Jacques Reverdin (de Genève) entretient le Congrès dans une **consolidation vicieuse d'une fracture de l'avant-bras**, avec suppression de la supination, il a fait l'ostéotomie pour redresser le membre. La réunion immédiate fut obtenue et le membre a repris sa situation normale. Les mouvements, quoique limités, permettent un bon usage du membre.

Le docteur Courtin (de Bordeaux) vient ensuite lire une observation de **péritonite tuberculeuse** avec ascite, pour laquelle il a fait une laparotomie. Il a obtenu une gué-

rison, et M. Picqué (de Paris) ajoute une seconde observation à la première. Il fit aussi un nettoyage du péritoine à l'éponge. Le succès fut complet.

Le docteur Clado (de Paris) donne un nouveau procédé de **topographie cranio-cérébrale**. Pour déterminer le point supérieur de la scissure de Rolando, il se sert du procédé Poirier. Pour obtenir la ligne rolandique, il mène du point supérieur déterminé à l'angle zygomatico temporal facile à sentir, une ligne qui suit la scissure de Rolando. Pour avoir l'extrémité inférieure, il n'y a qu'à prendre la moitié de la ligne mesurée et à ajouter au point trouvé, et par en bas, la longueur d'un travers de doigt. Il peut alors, partant de cette ligne rolandique, déterminer la scissure sylvienne et les différentes circonvolutions. M. Picqué fait observer qu'aujourd'hui cette question de précision tend à avoir moins d'importance à cause de la large étendue des trépanations.

La prothèse du maxillaire inférieur intéresse particulièrement M. Gangolphe (de Lyon), qui place une pièce en caoutchouc, avec laquelle il refait la forme des parties. Deux fois il a eu recours à ce moyen et avec succès.

Il présente ensuite une **canule hypogastrique pour cystotomie**, avec laquelle l'urine s'écoule parfaitement dans un urinal en caoutchouc, et cela grâce à un appel d'air ménagé dans la canule.

Le docteur Guelliot (de Reims) fait une communication sur le **drainage transvésical** dans certains cas d'infiltration d'urine consécutive à des ruptures de l'urèthre.

Le docteur Abbarran (de Paris) donne une observation **d'étranglement rénal.** Le rein était mobile et la réduction sous le chloroforme fit cesser les douleurs; mais la chute se reproduisit et, l'état devenant grave, la **néphrorraphie** fut décidée d'urgence. Le rein était basculé et l'uretère coudé produisait les crises d'étranglement par hydronéphrose intermittente. La guérison fut complète. Ce fait prouve, malgré ce qu'ont écrit MM. Terrier et Baudouin, qu'on peut faire la néphrorraphie pendant la crise.

M. Picqué, dans un cas analogue, a eu recours à la même intervention, et a obtenu aussi la guérison.

M. Malécot cite aussi un fait semblable, ainsi que M. Jeannel (de Toulouse).

Le docteur Huguet (de Saint-Cyr) fait une intéressante communication sur les **complications graves de la tourniole.**

Le docteur Vigneron (de Marseille), d'après 8 cas de **tuberculose de la vessie** traités chirurgicalement, arrive à cette conclusion que le curettage avec taille hypogastrique et fistulisation de la vessie donne une certaine amélioration; mais nullement la guérison.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Le typhus exanthématique dans les prisons de la Seine.

M. Dujardin-Beaumetz communique des renseignements sur l'épidémie de typhus qui sévit actuellement dans le département de la Seine.

Le Dépôt semble avoir été le foyer d'origine et, de là, la maladie a rayonné à Nanterre, à la prison de la Santé et à l'Hôtel-Dieu. Le Dépôt, qui est dans de très mauvaises conditions hygiéniques, a été évacué et désinfecté le 2 avril.

A Nanterre, le premier malade est entré le 20 mars et le premier décès est survenu le 29. On a d'abord cru à de la grippe ou à de la fièvre typhoïde, et il en a été de même

à la Santé. Du 20 mars au 10 avril, il y a eu, à la Maison de Nanterre, 26 cas de typhus dont 2 intérieurs; 11 malades ont succombé. A la Santé, il y a eu 15 cas,et 2 morts, avec 1 cas intérieur; à l'Hôtel-Dieu, 13 cas, dont 2 intérieurs et 2 décès. En ville, on a signalé 3 cas et 2 décès, de telle sorte qu'au total, il y aurait 62 cas ayant entraîné 15 décès.

Un individu venu, à pied, de Lille à Paris, et qui coucha à l'asile de nuit d'Amiens, puis alla au Dépôt, semble être l'origine de l'épidémie.

L'incubation semble durer une quinzaine de jours. Les principaux symptômes sont l'hyperthermie, une éruption pétéchiale et des phénomènes ataxo-adynamiques. On ne trouve pas de lésions intestinales à l'autopsie.

La contagion se fait exclusivement par le contact, de telle sorte que l'isolement et la désinfection s'imposent.

M. Colin insiste sur l'importance des mesures de préservation. Au Dépôt, il serait très important de désinfecter les vagabonds qui y entrent au nombre de 100 à 200 par jour.

M. Lancereaux fait remarquer que le typhus a sévi à Etrépagny (Eure) il y a plusieurs mois et a atteint d'abord des vagabonds et des rouleurs; des cas de contagion se sont produits; un aumônier, une sœur de charité ont succombé. Les malades qui sont actuellement à l'Hôtel-Dieu ont pour la plupart pésenté de la diarrhée.

M. Rochard pense que la maladie que l'on observe actuellement à Paris est bien le typhus, mais il s'étonne de la fréquence de la diarrhée. Bien que, dans l'épidémie actuelle, le typhus semble n'atteindre que les hommes, cela tient au lieu où s'est produit le foyer de début; car, en Bretagne, les hommes qui vont à la mer sont beaucoup moins frappés que les femmes.

La contagion est excessivement fréquente.

M. Ollivier, rappelant que le typhus est endémique en Bretagne, demande s'il n'y a pas de Bretons parmi les typhiques de Paris.

M. Leloir a signalé à l'administration, l'existence à Lille, dans la prison, d'une épidémie de typhus due à l'encombrement. L'isolement des malades a été pour ainsi dire nul.

A M. Dujardin-Beaumetz, qui regrette que cette épidémie n'ait pas été signalée à l'Académie, M. Léloir répond qu'il avait prévenu l'administration dont la négligence a été très grande.

M. Alphonse Guérin rappelle que M. Pellatan, médecin de l'hôpital de Bicêtre, a été mis autrefois en retrait d'emploi pendant un mois pour avoir fait connaître publiquement une épidémie qui sévissait dans son service.

Enfin, M. Worms, s'appuyant sur ce qui s'est passé en Crimée, insiste sur l'importance prophylactique d'une bonne nourriture et d'une bonne hygiène.

A propos de la vaccine.

M. Cadet de Gassicourt rapporte l'observation d'une femme qui été vaccinée par lui à l'âge de 3 à 4 mois et chez laquelle l'inoculation a été suivie du développement d'une fausse vaccine. La même n'avait pas eu la variole et n'avait pas été vaccinée pendant la grossesse. Depuis, de nombreuses tentatives de vaccination sont restées sans résultat.

COURRIER

M. le docteur E. Labbé, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, est nommé médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

— M. le docteur Péan, ancien chirurgien de Saint-Louis, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Légion d'honneur. — M. le docteur Lemoine (de Reims) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Les médecins du Havre viennent de saluer, dans un banquet, les cent ans du docteur Bossy. On ne peut que souhaiter à notre confrère de dépasser l'âge de son père, mort dans sa cent huitième année.

Le personnel médical de la France. — Dans un rapport sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine, M. Cornil a dressé un tableau complet du personnel médical de chaque département, de 1847 à 1891, tableau que l'on peut résumer dans les chiffres qui suivent :

En 1847, il y avait en France 17,400 médecins, dont 10,268 docteurs en médecine et 6,233 officiers de santé. En 1891, il n'y avait plus que 15,046 médecins, mais la diminution portait exclusivement sur les officiers de santé, réduits au nombre de 2,493, tandis que le nombre des docteurs en médecine montait à 12,553.

De 1886 à 1891 seulement, 63 départements ont vu diminuer le nombre de leurs officiers de santé, tandis que ceux-ci n'ont augmenté que dans 20 régions. Par contre, les docteurs en médecine sont devenus plus nombreux dans 44 départements, et n'ont diminué que dans 40.

Au point de vue du nombre d'habitants pour un docteur, les chiffres extrêmes varient de 1 p. 1,287 habitants (Seine) à 1 pour 7,669 (Haute-Loire). La moyenne est de 1 pour 3,000 habitants. Pour les officiers de santé, les proportions extrêmes de 1 médecin pour 2,533 habitants (Corse) et de 1 pour 136,423 (Vosges). La moyenne est de 1 officier de santé pour environ 17,000 habitants.

En somme, de 1847 à 1891, le nombre des docteurs en médecine a augmenté du sixième, tandis que celui des officiers de santé a diminué des deux tiers. (*Revue scientifique.*)

— Le Conseil municipal de Paris vient de décider la création d'une nouvelle maternité à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette maternité renfermera 62 lits.

— Le Conseil municipal a décidé la création d'un emploi de chef du laboratoire de M. Hayem (Saint-Antoine), au traitement annuel de 2,000 francs.

— M. le docteur Balzer a commencé ses conférences théoriques et pratiques, à l'hôpital du Midi, le lundi 10 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 2e classe Dérobert est désigné pour embarquer sur la *Durance*.

— M. le médecin de 1re classe Castellan embarque sur le *Tage*, en remplacement de M. Philip.

M. le médecin de 2e classe Duguet est désigné pour servir comme aide-major au bataillon de tirailleurs houassas.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

L'Union médicale publiera demain dimanche un numéro supplémentaire.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Présidence de M. le professeur Lannelongue (de Paris).

(Fin)

Le Congrès s'est terminé par de nombreuses et intéressantes communications sur divers sujets que nous allons exposer dans leurs points essentiels.

Les questions mises à l'étude pour la prochaine session sont les suivantes : 1° *Chirurgie du rachis.* 2° *Etiologie et pathogénie du cancer.*

M. Schwartz a expérimenté un **nouveau procédé de cure radicale des hernies,** qu'on pourrait appeler myoplastie herniaire. Il s'agissait d'une hernie crurale des plus volumineuses.

Elle fut découverte par une incision longitudinale. Après incision du sac, il fut aisément isolé et lié le plus haut possible. Cela fait, on ouvrit la gaine du moyen adducteur qui constituait le relief interne de l'énorme fosse que comblait la hernie; on disséqua de ce muscle un lambeau de 6 centimètres environ, pour venir l'appliquer en le laissant adhérent par son pédicule supérieur contre l'anneau crural effondré. Il fut suturé en haut à l'arcade crurale, en bas à l'aponévrose du pectiné, en dedans à la gaine des vaisseaux par quelques points de suture à la soie fine, et la plaie fut refermée sans drainage.

Le malade commença à se lever la troisième semaine et l'on sentait au niveau de

FEUILLETON

Illusions perdues. — « Flambez, finances »

Φενκκισμὸς φενκκισμων
καὶ πάντα φενκκισμός

Tout est tromperie! et la science est presque à maudire qui nous dévoile de telles noirceurs. Vous savez ce qu'est le vin? On le mouille, on l'alcoolise, on le colore, on le salicyle, on le plâtre. L'eau dont on le baptise, tirée au puits voisin, fourmille de bacilles qui sont plus ou moins d'Eberth; l'alcool dont on le remonte est d'une telle supériorité... au point de vue atomique, qu'il en fait un redoutable poison; l'acide salicylique et le plâtre sont les deux seules substances dont on l'additionne qui n'aient pas été fraudées jusqu'à présent. Elles le seront bientôt, n'en doutons pas. Ce n'est pas devant un crâne que Shakespeare, aujourd'hui, mettrait aux lèvres d'Hamlet son lugubre dilemme, c'est devant un tonneau; et il lui ferait dire : *To drink or not to drink, that is the question!*

Le beurre n'existe plus que de nom. A peine en quelques vieilles fermes isolées et perdues, trop éloignées de la ville pour aller y vendre leurs produits, les paysans savent-

l'anneau crural un énorme bouchon qui ne subissait sous l'influence des efforts de toux aucune impulsion.

L'opéré a été revu. Du côté de l'ancien anneau, rien n'a bougé, et c'est en dehors, au niveau de la gaine des vaisseaux fémoraux, qu'on retrouve une certaine faiblesse de la paroi, sans d'ailleurs qu'il y ait trace de hernie. Aucun inconvénient ne résulte de l'emprunt fait à l'adducteur moyen. M. Schwartz a eu l'occasion d'appliquer quatre fois un procédé analogue pour la cure de hernies inguinales à larges anneaux ou à larges trajets. Il emprunte, dans ce dernier cas, son lambeau musculaire au muscle grand droit.

M. Zancarol (d'Alexandrie) fait aussi une communication sur la **cure radicale des hernies.**

Les **plaies de l'œsophage** sont suivies, dans certains cas, d'une lésion des filets du pneumo-gastrique, sur laquelle M. Heydenreich (de Nancy) veut attirer l'attention. Il y a de la fièvre et le pouls descend cependant à 50 et même quelquefois les extrémités se refroidissent, c'est du moins ce qu'il a pu observer avec le contrôle de l'autopsie.

M. Maury (de Saintes) a pratiqué une **trépanation pour hydrocéphalie** chez un enfant de 9 ans. Il évacua beaucoup de liquide encéphalique, et fit aussi cesser les crises épileptiformes qui reparurent, du reste, et l'enfant mourut. M. Broca profite de cette occasion pour donner des nouvelles de l'enfant sur lequel il a fait le drainage du ventricule et qui est pourtant resté idiot, et cite une seconde observation où la mort a eu lieu; enfin, M. Piéchaud (de Bordeaux) croit qu'il n'est pas bon de faire dans la même séance la trépanation ou la craniectomie, et en même temps la ponction du ventricule.

M. Gross (de Nancy) commence par étudier l'anatomie des **tumeurs de la paroi abdominale antérieure** qui dégénèrent, comme on le sait, en sarcomes, ainsi qu'il a pu en observer un cas ayant envahi toute cette paroi; mais à côté de ces tumeurs il en existe d'autres analogues aux fibro-myomes, que Saëngœr considère comme provenant du ligament rond et que Graetzer attribue à des résidus du tube intestinal primitif inclus dans la paroi abdominale. Pour sa part, il a dernièrement extirpé une **tumeur tératoïde** qui pourrait bien avoir cet origine. Il faut donc étudier toutes ces tumeurs qui, confondues sous le nom de fibromes, pourraient bien, dans certaines circonstances, être congénitales.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer) désire appeler l'attention du Congrès sur les **défor-**

---

ls encore le goût de cette substance délicate; partout ailleurs on absorbe consciencieusement de la margarine.

Voici que la glycérine, réservée hier encore au moka des diabétiques, tente déjà d'entrer de vive force dans notre alimentation. Repoussée avec perte au Conseil d'hygiène dont elle avait eu la simplicité d'essayer de surprendre la religion, elle trouvera, soyez-en certain, un moyen détourné, mais sûr, de s'incorporer à nos mets.

Je ne parle pas des fleurs teintes; je ne parle pas des fruits artificiellement colorés. Si quelque chose peut surprendre, c'est qu'on n'ait pas songé plus tôt à cette nouvelle application du maquillage. Elle n'en est pas moins originale pour cela. On ne comparera plus les femmes aux fleurs, mais les fleurs aux femmes, et ce sera plus juste ainsi. Malheureusement, en ce qui concerne les fruits, on ne s'arrête pas à la pelure; leur pulpe aussi se colore et, si jolis que soient les noms des substances que la fantaisie, du raffinement maladif et surtout la fraude aient su découvrir pour cet usage, (*roccelline, rhodamine, vert-diamant,* etc.), cet art nouveau est, à tous les points de vue, de fort mauvais aloi. Voyez-vous les bons gros melons aux côtes saillantes, papuleux, rugueux, verruqueux, insoucieux de leur laideur, tant ils sont sûrs de leur bonté — des âmes d'anges dans des corps de gnomes, — les voyez-vous transpercés d'une canule qu'un

mations consécutives aux opérations pratiquées sur le premier métatarsien. Lorsqu'on a réséqué l'extrémité postérieure de ce métacarpien, il s'incline de façon à venir porter encore par son extrémité antérieure sur le sol, et la marche n'est nullement gênée. Si on supprime l'extrémité antérieure, au contraire, l'articulation cunéo-métacarpienne est solide, le métacarpien ne s'incline plus en bas et il y a gêne fonctionnelle, le talon antérieur étant diminué; de plus, le pied se déforme ultérieurement et est porté en valgus.

M Delorme n'est pas de l'avis de M. Ménard, il a réséqué la tête et a vu toujours les malades bien marcher; mais il ne faut pas couper les insertions musculaires périarticulaires.

La chirurgie du poumon a été aussi l'objet d'une très intéressante communication de M. Delorme sur laquelle il devait revenir, ce qui n'a pu avoir lieu, à notre grand regret. Le chirurgien du Val-de-Grâce donne d'abord une nouveau procédé à volet thoracique qui permet d'enlever, dans les vieilles pleurésies purulentes, les fausses membranes *faciles à décoller*; mais, ce qu'il y a de plus utile dans cette ouverture, c'est la possibilité de vérifier se qui se passe du côté du poumon. Dans un cas de vaste plaie pulmonaire, il a pu ainsi mettre trois pinces sur des artères du parenchyme qui donnaient et une sur un vaisseau péricardique.

Séances du samedi 8 avril 1893.

Les deux nouveaux présidents ont pris la parole dans cette journée.

M. A. Guérin a étudié la **physiologie pathologique du tissu inodulaire dans les brûlures**; il s'est demandé pourquoi les rétraction se produisaient avec une telle intensité. C'est à cause de la rétractilité du tissu nouveau, et cette rétractilité provient de ce qu'il a pris naisssance dans des parties enflammées. En s'opposant à cette inflammation à l'aide de la compression, on obvie aux déformation, et cette compression est faite d'une façon favorable à l'aide du bandage ouaté. La compression élastique peut s'appliquer aux brûlures du visage comme à celles du membre.

M. Tillaux rapporte ensuite l'observation d'un cas excessivement rare, d'un **kyste dermoïde de l'inion.** On en trouve mentionnées seulement 5 observations dans l'ouvrage de M. Lannelongue et seulement un cas analogue à celui de M. Tillaux. Son ma-

---

tuyau de caoutchouc et deux ajutages relient à une pompe foulante qui les imbibe de *tropœoline?* Oh! ces injections interstitielles des cantaloups! Oh! la méthode sclérogène appliquée aux pastèques!

Cependant tout ceci n'est rien. C'est œuvre humaine, et la langue n'a été donnée à l'homme pour déguiser sa pensée que parce que cette pensée avait été prévue fertile en fourberies. Il est aussi naïf de s'indigner contre la fraude que légitime de se défendre contre elle. Mais voir sa confiance trompée là où on était en droit de la croire à l'abri de toute surprise, apprendre que l'espèce humaine n'a pas le monopole de la trahison, découvrir des ennemis domestiques jusqu'en nos commensaux les plus choyées, quelle misère!

Ces découvertes ont été progressives, le fiel nous a été distillé goutte à goutte, savamment. Les bons bœufs paisibles, aux fibres succulentes, nous sont apparus farcis de cysticerques; les vaches patientes aux plantureuses mamelles, au beau regard si calme qu'Homère pensait honorer la vindicative déesse en y comparant ses yeux, nous versent un lait souillé de bacilles; les douces brebis nous tiennent en réserve la bactéridie charbonneuse; le porc « adorable cochon, animal roi, cher ange » n'offre à la trichine l'asile de ses tissus que pour nous la communiquer plus sûrement et ne recule pas, dans l'accomplissement de cette œuvre de haine, devant la traversée de l'Atlantique.

lade, âgé de 34 ans, extrêmement vigoureux, s'est bien porté jusqu'à l'âge de 26 ans. A ce moment se montra une petite tumeur qui grossit sans déterminer de troubles. Deux ans après son début, des symptômes cérébraux se montrèrent et une première opération fut jugée nécessaire; on se borna alors à ouvrir la tumeur externe, cela se passait en 1888, et, depuis cette époque, il existe une fistule avec écoulement purulent. M. Tillaux reçut ce malade, et M. Walther l'opéra dernièrement en sa présence, la communication intra-cranienne avait été diagnostiquée et, en effet, après avoir enlevé la poche externe, l'orifice du crâne fut agrandie à la gouge et le diverticule intra-cranien, qui avait le volume d'un œuf, fut gratté avec prudence. On y trouva un drain qui avait été perdu. La poche intra-cranienne ne put être enlevée, car sa paroi était formée par la dure-mère et côtoyée par les sinus. Le malade est aujourdhui en voie de guérison; mais il existe encore une petite fistule.

M. Gilles de la Tourette traite un sujet nouveau pour les chirurgiens : **le sein hystérique et les tumeurs hystériques de la mamelle.** Nous ne nous étendons pas sur ce sujet, qui sera traité par l'auteur lui-même dans l'*Union médicale.*

Le docteur Dor (de Lyon) présente des pièces osseuses pathologiques obtenues à l'aide d'injections microbiennes dans les veines. Voici les résultats auxquels il arrive : que les différents microbes connus sous le nom de staphylococcus albus, aureus, citreus sont une même et seule variété d'un champignon pathogène qui n'est pas un staphylocoque; ce champignon produit, au bout de quinze jours à trois semaines, un décollement de toutes les épiphyses sans suppuration; en même temps, il peut apparaître aussi une périostite diaphysaire et des collections séreuses parostales et intra-articulaires. Ce microbe a été trouvé dans des ganglions tuberculeux du cou et une fois dans une périostite albumineuse. M. Dor montre des pièces provenant de ses expériences.

M. Lannelongue a fait aussi beaucoup d'expériences sur les animaux et a obtenu des ostéomyélites sans pus. Il a étudié la périostite albumineuse, mais, pour lui, elle rentre dans la classe des ostéomyélites. Il n'a jamais obtenu de déformations analogues à celle que l'on voit sur l'une des pièces de M. Dor.

M. Severeanu (de Bucarest) cite une observation très curieuse de **plaie du périnée par un mécanisme spécial.** Dans un premier coït, le pénis détermina une déchirure du périnée remontant dans le rectum jusqu'à 10 cent. et sans que l'hymen fut déchiré.

Je ne nie pas qu'on puisse soutenir que ces méfaits sont de bonne guerre; justes et toujours insuffisantes représailles d'hécatombes vieilles autant que le monde, innombrables comme les astres du ciel ! J'accorderai même au pigeon qui a donné l'actinomycose à son nourrisseur, en un baiser qui semble s'être souvenu de celui de Judas, le bénéfice des circonstances atténuantes : il était jusqu'à un certain point en état de légitime défense. Enfin, mais ceci est une dernière concession, j'excuserai les chèvres, dont je vous entretenais l'autre jour, d'avoir repoussé les présents d'Artaxercès, je veux dire l'immunité contre la tuberculose dont on s'obstinait à les doter. Elles ont préféré, pour elles et leur postérité, dans la suite des âges, la phtisie certaine à la crainte possible de nous être un secours contre ce fléau. Il y a pourtant là un peu d'ingratitude, car, en somme, nous ne leur faisons pas la vie dure. Sans doute, il y a le boucher qui apparait de loin, au fond du tableau, comme un traitre de mélodrame; mais à tout dans ce monde il faut une fin, et celle-ci a le mérite de n'être pas longue. Ne serait-il pas plus équitable de plaider pour le cheval ? S'il nous tétanisait vaguement, de loin en loin, il en serait assurément excusable; vit-on jamais victime plus résignée avoir un bourreau plus impitoyable ?

Il y aurait donc quelque injustice à trop récriminer. En fait de mauvais services réci-

M. Michaux (de Paris) a pratiqué huit fois la **cholécystectomie** dans la lithiase biliaire.

Il fait l'incision sur le bord du grand droit; une seule fois il a été obligé de fendre transversalement une partie de ce muscle.

Il insiste sur la nécessité de placer une quadruple ligature sur le canal cystique, car il faut se mettre à l'abri d'un accident fréquent, c'est l'écoulement de bile, écoulement considérable qui tache non seulement le pansement, mais encore les draps. Ce ne sont pas les canaux hépatico-cystiques qui donnent, mais bien le canal cystique rompu par le fil. Aussi laisse-t-il le ventre ouvert sur un point pour éviter l'épanchement de ce liquide dans l'abdomen, et ne veut-il pas faire ce qu'on appelle la cholécystectomie idéale, c'est-à-dire avec réunion de la paroi abdominale.

Le docteur Largeau (de Niort) fait une communication sur **deux kystes ovariques jumeaux**, de même dimension et nés tous deux dans les ligaments larges. Ce qu'il y a de particulier, c'est que cette ovariotomie fut faite sans chloroforme. Ce chirurgien a déjà suivi cette pratique dans plusieurs cas, une fois avec application locale de chlorure d'éthyle; chez une autre femme, il fit une hystérectomie sans anesthésie aucune, et de même dans deux ovariotomies. Les douleurs sont peu intenses, et, comme il s'agit de femmes atteintes d'affections cardiaques, on se met à l'abri des syncopes.

Onze cas d'**occlusion intestinale** donnent à M. Maunoury (de Chartres) l'occasion d'étudier la thérapeutique de cet accident. Dans tous les cas, il est intervenu et n'a eu que 3 guérisons soit 78 p. 100 de mortalité. Il a fait la laparotomie et l'entérostomie et compare ces deux modes d'intervention. Aussi est-il arrivé à cette ligne de conduite : quand les moyens médicaux ont été employés sans succès et sans attendre que le malade soit trop affaibli, il faut faire la laparotomie si il n'y a pas de ballonnement. Si, au contraire, le météorisme est considérable, il faut faire l'anus chirurgical et le placer à droite sur le cœcum ou sur l'intestin grèle. Cet anus sera traité ultérieurement si la guérison n'a pas été spontanée. A l'aide de cet anus, on pourra, par le toucher, explorer l'abdomen et faire même de la palpation bimanuelle avec une main placée sur la paroi allant au devant des parties repoussées par le doigt introduit dans l'intestin. Ainsi, il sera facile de reconnaître les tuméfactions, les ganglions, les masses indurées, en un mot ce qui pouvait constituer l'obstacle.

---

proques nous avons toujours sur les animaux une avance qu'ils ne sont pas près de reprendre. Il en est, toutefois, dont nous sommes les très affectueux protecteurs, qui n'ont reçu de nous que des bienfaits, ou à peu près, que nous avons appelé aux jouissances d'une civilisation très poussée, que nous traitons en vieux amis, sur lesquels, en retour, nous comptions comme sur nous-mêmes; et voici que ceux-là nous trompent comme les autres, nous deviennent un danger d'autant plus amer qu'il se cache sous de plus chaudes caresses. Que dirait-il, s'il vivait encore, le moraliste qui engendra cette prudhommesque naïveté : « Ce qu'il y a de meilleur dans l'homme, c'est le chien. »

L'affirmation était déja risquée du temps où les chers *toutous* ne nous inoculaient que la rage, mais, à la rigueur, on pouvait la laisser passer sans protester trop vivement. La rage se manifeste par quelques signes peu équivoques; on sait bientôt à quoi s'en tenir; on peut prendre ses précautions. Du reste, les caractères les mieux faits ne sont pas à l'abri de ces accès de méchante humeur, et, entre nous, c'est un prétexte si commode quand on veut tuer son chien. Enfin, nous avons dompté la rage, nous l'avons soumise à nos lois; on la dose, on la manipule, on en joue, comme Franklin avec la foudre; elle ne nous coûte presque plus rien : c'est toujours le lapin qui paye. Mais les caniches nous réservaient autre chose. Eux aussi se tuberculisent et cultivent l'affreux

M. Monod (de Paris) vient aussi donner le résultat de sa pratique et les conclusions auxquelles il est arrivé dans la thérapeutique de cette affection. Il cite cinq cas d'**occlusion intestinale aiguë**. Selon lui, il importe d'agir vite, comme pour la hernie étranglée, si les lavements électriques n'ont pas réussi.

Chez une première malade, le deuxième lavement électrique fit cesser les accidents. Dans un second fait, ce chirurgien allait opérer tant les symptômes étaient graves, et le lavement électrique débonda aussi le patient. Dans deux autres observations, la laparotomie dut être pratiquée et les malades guérirent : le premier avait une bride qui fut facilement enlevée et l'âge du deuxième faisait croire à un néoplasme; mais le signe de Laugier fit préférer la laparotomie à l'anus artificiel. Bien en prit au chirurgien de Saint-Antoine, car il trouva une bride, cause des accidents.

Le dernier cas fut suivi de mort. Le vendre était distendu énormément, et l'ouverture abdominale montra des anses intestinales verdâtres. L'exploration fit découvrir un volvulus.

M. Monod est d'avis de donner un purgatif d'essai quand les lavements électriques ne peuvent être institués.

M. Leclerc (de Saint-Lô) s'étend sur les **complications chirurgicales de la grippe**; pour sa part, il a observé un cas de gangrène gazeuse et une ostéomyélite du maxillaire inférieur. Il communique aussi au Congrès une observation d'**abcès tuberculeux de la paroi abdominale** avec myosite tuberculeuse.

Les uréthrotomies complémentaires font naître une petite discussion entre M. Desnos, l'auteur de la communication et M. Abbarran; tous deux sont d'avis qu'elles doivent être faites, lorsqu'on sent après dilatation, des brides dans le canal, et ne diffèrent que sur l'instrument à employer.

M. Duchastelet s'occupe aussi des voies urinaires. Il a modifié l'aspirateur de Guyon pour les lytholapaxies et en a diminué le volume et le poids.

Le docteur Coudray vient ensuite apporter de nouvelles observations de la **méthode sclérogène**, et particulièrement son **application dans les luxations congénitales de la hanche.** Il s'en est servi dans 80 cas environ de tuberculose chirurgicale, dont 43 grandes manifestations articulaires.

Les résultats indiqués déjà d'une manière générale au Congrès de 1892 se sont vérifiés et sont satisfaisants. Il montre une fille de 4 ans atteinte de luxation congénitale de

---

microbe pour nous le transmettre. Ne nous les a-t-on pas montré récemment, à la Société de biologie, rôdant à travers les estaminets et les gargotes, dans ces milieux suspects, lapant les bacilles avec avidité. Puis ils reviennent frétillants, mendiant les caresses de l'œil et de la queue; on s'approche, on les flatte, et, soudain, de toute la largeur de leur langue hypocritement promenée, ils étalent sur notre épiderme une couche de microbes de premier choix. Ils nous lèchent les mains, et nous voilà en imminence de spina-ventosa; les joues, et voici l'effroyable lupus suspendu sur nos têtes. Horrible, n'est-ce pas, surtout après les défaillances sans retour de la tuberculine.

Je voudrais pourtant, après la triste série de désenchantements où je me suis attardé, faire luire de loin, oh! de bien loin, un espoir, comme est l'œil d'une étoile dans l'horreur d'une nuit de naufrage. A cette fin, je copie textuellement ce qui suit dans un journal politique, bien informé, par conséquent, de tout ce qui touche à la médecine : « Le docteur Koch a, paraît-il, découvert un nouveau liquide contre la tuberculose. En effet, un professeur Italien, qui est en rapports continuels et directs avec le médecin allemand, vient de recevoir de celui-ci une communication fort intéressante au sujet de nouvelles expériences faites à l'Institut antiphtisique. D'après cette communication, ce nouveau remède, d'une efficacité prodigieuse, est un liquide verdâtre qui s'évapore à

la hanche qui a subi le traitement sclérogène, après manœuvres de réduction ou d'abaissement de Paci; l'enfant marche depuis 13 mois; la claudication, qui était très disgracieuse au moment de l'intervention, est très atténuée; la hanche est solide, bien que les mouvements soient presque normaux, sauf l'abduction.

A ce propos, M. Broca fait remarquer que seule la méthode sanglante est susceptible de faire rentrer la tête dans l'acétabulum, comme il a pu le vérifier au cours de huit opérations de ce genre. Il faut aussi savoir que plus on attend, plus cette réduction avec le bistouri est difficile, et à 13 ans elle devient extrêmement laborieuse.

M. le docteur Dubois (de Cambrai) vient aussi donner les résultats éloignés qu'il a obtenus avec la méthode sclérogène et n'a qu'à s'en féliciter.

Enfin, le Congrès se termine par une observation du docteur Berlin (de Nice) ayant trait à une **grave tumeur de l'ovaire** ayant déierminé une torsion de l'utérus, et nécessité l'hystérectomie abdominale suivie de guérison, et par une communication du docteur Timmermans (de Paris-Plage), sur une ankylose double, suite de coxalgie guérie par une **ostéotomoclasie.**

Eugène Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 avril 1893. — Présidence de M. Lucas Championnière

De l'intervention dans les contusions de l'abdomen

C'est à propos d'une opération de M. Michaux, que M. Jalaguier étudie cette question dans son rapport. Il s'agissait d'un homme de 33 ans renversé par une capote métallique qui lui tomba sur la paroi abdominale. La laparatomie fut pratiquée et on tomba sur une rupture du gros intestin accompagnée d'un épanchement sanguin et de l'épanchement des matières fécales dans le péritoine. L'intestin fut suturé, le péritoine lavé et le malade guérit. M. Michaux range son observation dans la catégorie des cas moyens à cause du peu de symptômes et notamment de ceux qui devaient indiquer une hémor-

---

la température de 40° centigrades. On l'emploie non par (*sic*) injection, comme la fameuse lymphe, mais par (*sic*) inhalation. Guillaume II se réservait, paraît-il, de donner personnellement au roi Humbert la nouvelle de cette découverte à son arrivée à Rome », où il ne va peut-être que pour cela.

Cette parenthèse nous a un peu éloignés de « ce qu'il y a de meilleur dans l'homme ». Revenons y un instant pour montrer que « ce qu'il y a de meilleur » dans le chien, c'est l'homme, ou, pour être plus précis et plus exact, la femme. C'en est une, en effet, qui a créé et développé, qui entretient et qui fait vivre, à deux pas de Paris, cet asile de chiens maintenant célèbre, en faveur duquel on va jusqu'à donner des concerts tout à fait *selects* où l'on se presse comme à une fête de charité et dont le préfet de police ne dédaigne pas de prendre des billets, de la même main qui muselait naguère — avec quelle rigueur ! — ses obligés d'aujourd'hui.

Me reste-t-il le temps de vous parler d'une nouvelle conquête de l'hygiène hospitalière. La méthode est énergique, mais elle indique, à n'en pas douter, un grand désir de ne pas rester en arrière dans la voie du progrès. C'est à Lisbonne que le projet a été conçu. Il est basé sur ce principe que la meilleure méthode de désinfection consiste à porter les objets contaminés à une température élevée. De là à mettre le feu à son

rhagie interne ; il attribue son succès à la rapidité de l'intervention et cite à ce propos le cas d'un autre malade chez lequel il existait une perforation intestinale que la laparotomie montra être bouchée par un tampon muqueux qui, eu égard au peu de manifestations qu'il présentait, ne fut opéré que le quatrième jour et mourut ; la péritonite était déjà généralisée.

M. Jalaguier fait remarquer qu'il est difficile de différencier les cas graves des moyens, mais qu'il est aussi d'avis d'intervenir le plus tôt possible, en cela d'accord avec Chavane et Moty et même si les symptômes ne sont pas très évidents ; mais s'il y a, par exemple, désaccord entre la température et le nombre des pulsations, la réaction péritonéale ne doit pas empêcher la laparatomie ; il est évident que les signes sont souvent peu nets et difficiles à débrouiller.

L'orateur croit qu'il est dangereux de poser comme principe que, dans toutes les contusions de l'abdomen, la laparatomie doit être faite, car il y a des cas qui guérissent seuls.

Les succès dans les laparotomies de ce genre ne sont pas encore très nombreux; il n'en a trouvé que 6 observations dont 2 à Iahoda et les autres à Moty, Craft, Michaux et Nélaton.

Du mécanisme de pénétration dans l'intestin des compresses aseptiques laissées dans la cavité péritonéale

M. Jalaguier fait un second rapport sur une intervention de M. Michaux qui, chez une femme ayant déjà subi une hystérectomie et une ovariotomie double, fit de nouveau la laparotomie à cause des adhérences multiples qui la faisaient souffrir. En les détachant, l'intestin se déchira sur un point et, par cette ouverture, on put extraire une mèche de gaze de 35 centimètres de longueur.

La résection de l'intestin s'imposait; elle fut pratiquée sur une étendue de 12 centimètres par l'entérorraphie circulaire et la malade guérit. Elle mourut cependant plusieurs mois après de péritonite chronique.

A ce propos, M. Jalaguier a avec M. Mauclaire étudié le mécanisme de cette pénétration. On se souvient d'une autre observation du docteur Pilate dans laquelle la compresse fut rendue par l'anus. Sur des lapins, les expérimentateurs introduisaient

---

hôpital il n'y a évidemment qu'un pas, mais il est grand et on ne l'avait encore franchi qu'en théorie. On l'avait même fort mal franchi et c'est de l'idée qui consistait à construire des hôpitaux en bois pour les livrer ensuite aux flammes, qu'on pouvait dire avec raison que le remède était pire que le mal. Détruire n'est pas purifier. En Portugal, maintenant, on purifie sans détruire. Supposez une salle de malades entièrement construite en fer et briques. Les murs de cette salle sont à doubles parois; le toit est à double enveloppe de tôle. L'espace intermédiaire est disposé de façon à servir ordinairement à la ventilation, en déterminant un fort tirage. Les planches sont mobiles. Veut-on désinfecter le pavillon? Plus n'est besoin d'une armée de badigeonneurs et de plâtriers, ni de pompes à bichlorure, ni de quintaux de soufre. On se contente d'entasser dans le sous-sol quelques charretées de copeaux ou de paille; on ferme soigneusement toutes les issues et puis... flambez, finances! Vous avez deviné qu'on a soin d'enlever d'abord les planchers ; ils ne sont amovibles que dans ce but ; on les désinfecte à part. On n'a garde non plus de laisser les matelas dans les lits ; les appareils de Geneste et Herscher ne sont donc pas près de périr d'inanition. Quant aux carreaux de vitre (ils doivent encore être en verre), j'imagine, qu'ils subissent une casse assez importante ; mais que deviendraient les vitriers si l'on ne cassait plus de carreaux.

des compresses iodoformées, salolées ou bouillies, et, sacrifiant les animaux au bout de trois mois, arrivaient à ces conclusions :

Une compresse mise à plat dans l'abdomen s'entoure d'adhérences, se met en boule et se fixe sur une anse intestinale. Elle faisait même une saillie telle sous la muqueuse qu'il eût suffi de la moindre petite ulcération pour déterminer sa pénétration. Celle-ci a été obtenue pour l'utérus chez une chienne pleine ou on trouva une mèche libre dans la cavité utérine. Les compresses se comportent donc comme les corps étrangers les plus durs et sont parfaitement tolérées par le péritoine. Il n'en a pas été de même pour les éponges toujours très difficiles à désinfecter complètement.

De la trachéotomie préventive dans l'extirpation des polypes naso-pharyngiens

M. Picqué relate l'observation d'un malade atteint de polype naso-pharyngien qu'il opéra par la voie palatine après trachéotomie préalable ce qui lui permit de tamponner le pharynx et d'arrêter l'hémorrhagie considérable qui aurait tué son malade. Il s'agissait d'un fibromyxome telangiectasique dont le pédicule fut ensuite traité par la cure lente, c'est-à-dire la cautérisation répétée. Il rappelle la thèse de Civel sur cette trachéotomie préventive qui, non seulement permet d'arrêter l'hémorrhagie, mais aussi met à l'abri de la pneumonie septique.

M. Verneuil fait d'abord remarquer que ces polypes deviennent plus rares. Il a été autrefois partisan des opérations radicales; mais, aujourd'hui, il préfère la cure lente et a adopté la voie palatine. Il cite alors une observation où elle lui a donné un plein succès, grâce aux puits faits dans le pédicule au thermo-cautère et aux attouchements consécutifs avec l'acide chromique. Sous l'influence de ce travail, il vit petit à petit tous les prolongements de la tumeur s'atrophier, et le malade guéri sera montré dans la prochaine séance. La difformité n'existe pour ainsi dire pas, tandis que, sur un autre de ses opérés par la voie maxillaire, la déformation est choquante. Quant à la trachéotomie préventive, elle lui paraît inutile dans cette façon de procéder.

M. Monod a préconisé la trachéotomie dans un travail cité par M. Picqué tout à l'heure, et, depuis lors, l'a pratiqué deux fois dans de larges interventions sur le plancher de la bouche. Une fois, elle lui a rendu de grands services. Dans l'autre cas, il est convaincu que le malade, impressionné par cette canule, par le tamponnement du pharynx et l'aphonie, se laissa mourir.

M. L. Championnière, en 1887, s'est bien trouvé de cette trachéotomie sans laquelle il eût perdu son malade; mais il faut aussi ne pas oublier de mettre la tête très bas, ce qui empêche le sang de se précipiter dans la partie inférieure du pharynx. Il a aussi employé la cure lente avec des cautérisations au chlorure de zinc.

M. Berger a fait douze fois la résection du maxillaire supérieur et n'a jamais fait la trachéotomie, il trouve que cette intervention vient compliquer une opération déjà grave. Il n'aime pas beaucoup non plus la situation de la tête en bas et pare au danger des hémorrhagies considérables par un tamponnement rapide et par une inclinaison franche de la tête qui permet au sang de se répandre au dehors.

M. Reynier se sert aussi du tamponnement et suit à peu près la pratique de M. Berger.

Enfin, la discussion se termine par quelques mots de M. Monod, qui dit se servir toujours d'une canule ordinaire et a pour but d'éviter la pneumonie infectieuse, but que s'est aussi proposé M. Picqué, qui a eu la main forcée et a fait la trachéotomie à cause des syncopes réflexes que le moindre attouchement du pharynx déterminait chez son malade.

La séance se termine par la lecture d'un travail de M. Verchère sur la trépanation

secondaire dans les traumatismes du crâne, par la présentation d'un malade auquel M. Monod a pratiqué une **suture de la rotule** et qni a aujourd'hui une flexion complète du membre,

M. Delorme montre à la Société les pièces d'une trépanation rachidienne.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SESSION ANNUELLE

Présidence de M. Lailler.

Le mycosis fongoïde.

M. Hallopeau communique une deuxième note sur un cas de *mycosis fongoïde d'emblée* compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette. La lésion est surtout caractérisée par une zone d'envahissement qui constitue un bourrelet remarquable par la régularité de sa surface convexe, la netteté avec laquelle il se détache des parties voisines, sa tendance à se renverser en dehors et la destruction graduelle de sa partie interne, qui a pour résultat de lui conserver la même épaisseur et l'aspect de bourrelet, malgré son extension constante ; il a envahi l'oreille et il menace l'œil ; sa résection partielle n'en a que momentanément enrayé les progrès. La surface ulcérée qu'il circonscrit offre une ressemblance apparente avec une membrane de bourgeons charnus ; elle en diffère par la production incessante de nouvelles plaques de sphacèle et par la présence de saillies miliaires conglomérées ; *ces saillies miliaires rondes, translucides et de consistance ferme, constituent les nodules élémentaires de la néoplasie ; ils sont comparables aux granulations miliaires de la tuberculose ;* les expériences d'inoculation aux animaux, faites par M. Brodier, ont donné des résultats négatifs.

Pathogénie des orchites.

MM. Eraud et Hugounenq exposent leurs recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique et de certaines orchites infectieuses. De ces recherches, que l'*Union* a déjà résumées en partie, il résulterait que l'orchite constitue peut-être une unité spécifique, car la même déviation polarimétrique, la même sécrétion d'albumose et le même microbe se rencontrent dans les orchites blennorrhagique, ourlienne, tuberculeuse.

M. Morel-Lavallée a employé, avec succès, les injections de liquide testiculaire dans un cas d'épididymite subaiguë survenue trois mois après la guérison d'une blennorrhagie, chez un malade tuberculeux et syphilitique.

Le clou de Biskra.

M. Moty reconnaît au clou de Biskra une origine parasitaire, et il rappelle que MM. Déperet, Chantemesse et Widal ont pu isoler un microbe spécial. Jusqu'à présent, cependant, les idoculations de ce microbe n'ont pas reproduit la maladie. Le clou commence par une lésion simple, puis il se produit des lésions qui semblent suivre le trajet des lymphatiques. Il s'inocule rarement sur les grandes plaies et a le plus souvent pour origine une éraillure insignifiante de l'épiderme ; le lichen tropicus parait servir de porte d'entrée à la face.

A Biskra, l'inoculation expérimentale du suintement séreux fourni par les clous reste habituellement sans résultats, tandis que l'insertion d'une parcelle de croûte dans une pochette sous-épidermique réussit ; en France, les inoculations, tentées à deux reprises différentes avec des clous importés et avec des croûtes expédiées de Biskra, n'ont donné que des résultats négatifs.

Sur la pelade

M. Morel-Lavallée communique une observation de pelade vitiligineuse. Un homme vint le consulter en juillet dernier, porteur de deux plaques de pelade au sommet de la tête, lesquelles présentaient l'aspect et les allures de la pelade en aires discrètes, du type contagieux vulgaire. Ces plaques, que M. Morel-Lavallée traita par la scarification et les applications topiques, guérirent en deux mois environ. Or, quinze jours après, le malade vit débuter dans sa barbe l'affection qui le fit consulter de nouveau à la fin de février 1893.

La barbe, aussi brune et aussi richement fournie que le cuir chevelu, était semée de touffes blanches, régulièrement orbiculaires de bord, d'épaisseur variable et au nombre de 4 ou 5 seulement. La blancheur en était uniforme, l'adhérence des poils restait parfaite, et ils avaient conservé leur forme et leur consistance normales.

D'après le malade, au centre des touffes blanches, la peau était d'un rouge très accentué, sans boutons, sans douleur ni prurit. M. Morel-Lavallée n'a pu constater cette rougeur des plaques.

Il est impossible de ne pas voir un rapport entre les plaques de vitiligo en aire de la barbe et les plaques de pelade, alopecia areata, du cuir chevelu qui les ont précédées. Ici, il ne s'agissait pas seulement d'un rapport entre le vitiligo et la pelade, mais d'un vitiligo pilaris ovata, qui ne serait qu'une manifestation de la pelade, décoloration en aires au lieu de dépilation en aires. Cela, du reste, n'a rien qui puisse choquer quand on songe que, lorsque les aires de pelade guérissent, elles commencent d'habitude par repousser régulièrement et orbiculairement blanches, tandis que dans d'autres cas plus rares, notamment avec certains modes de traitement, la repousse se fait directement avec la couleur primitive.

Plusieurs auteurs ont parlé des rapports du vitiligo avec la pelade à *type trophoneurotique*; dans le cas de M. Morel-Lavallée, il s'agit d'une pelade à type orbiculaire discret, à allures de pelade contagieuse, qui aurait subi, en allant du crâne au menton, la transformation en vitiligo pilaris areata primitif sans alopécie.

M. Dubreuilh rapporte l'observation d'un malade présentant une pelade du cuir chevelu en même temps que du vitiligo de la région génitale; ce dernier s'est développé consécutivement à la pelade.

Pour M. Barthélemy, le vitiligo est une affection essentiellement chronique, pendant la durée de laquelle peuvent survenir telles ou telles autres affections indépendantes. Le sujet vitiligineux présente peut-être un terrain particulièrement favorable à ce développement et à la pérennité de la pelade, mais, dans ces cas, cette dernière n'est pas autre de ce qu'elle est ailleurs. La pelade peut, du reste, coïncider avec un grand nombre d'affections cutanées. D'autre part, le vitiligo se montre aussi avec d'autres affections qui, toutes, évoluent comme si elles avaient déjà existé auparavant.

De ces faits, M. Barthélemy conclut que le vitiligo ne met pas à l'abri de la pelade, ou bien qu'il ne s'agit pas de ce que l'on appelle communément ainsi, car on ne peut ranger indistinctement sous ce nom toutes les chutes de cheveux ou pertes de poils, fussent-elles trophinévrotiques.

M. Besnier a observé récemment deux frères dont l'un avait la pelade et l'autre le vitiligo.

Suppuration en trajet le long du raphé médian du scrotum et du pénis.

MM. Balzer et Souplet ont vu des abcès médians du pénis ou du scrotum se produire dans un canal induré allant jusque près du scrotum. L'induration était moniliforme et les bosselures suppurèrent en communiquant entre elles.

Dans un autre cas, le trajet canaliculaire n'occupait que le raphé médian du pénis. La guérison ne fut obtenue qu'après incision au thermo-cautère.

Eruption arsénicale.

M. Cathelineau présente un malade du service de M. Fournier qui était entré présentant, sur toutes les parties du corps que recouvrait sa chemise, une éruption de pustules très isolées et reposant sur une base rouge un peu infiltrée. Ces pustules s'étaient développées par poussées successives, et aucun élément éruptif ne s'était produit vers le cou, la face, les parties inférieures des cuisses ou des jambes. Rapidement, les pustules se transformèrent en petites érosions qui guérirent en ne laissent comme trace que des taches rouges. Le malade portait une chemise de couleur bleue sur laquelle M. Cathelineau a trouvé de l'arsenic. Il n'y avait ni gale ni phtiriase, et aucun médicament n'avait été pris.

COURRIER

Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a entendu, dans sa séance d'hier, les communications de MM. Léon Colin et Dujardin-Beaumetz, sur la petite épidémie de typhus qui règne en ce moment à Paris. Ils ne font que confirmer les informations que nous avons données précédemment. La maladie est en décroissance. Hier à midi, il y avait eu en tout 84 cas et 31 décès. Tous les malades sont maintenant réunis dans un service annexe à l'Hôtel-Dieu. La désinfection des prisons est terminée.

L'élève externe des hôpitaux qui a contracté le typhus à l'Hôtel-Dieu est en bonne voie. Un greffier de la Cour de cassation est mort de la maladie. Elle règne à Lille, à Beauvais, à Cambrai, à Amiens et à Etrepagny (Eure). A la suite d'une discussion prolongée, le Conseil a émis des vœux dont il sera rendu compte dans un autre numéro.

Nécrologie. — Le docteur Danet, qui fut pendant longtemps médecin de Napoléon III, a succombé ce matin. Il était médecin du Luxembourg en 1871, et, grâce à son courage et à sa présence d'esprit, il put sauver le palais de l'incendie et du pillage.

— Nous apprenons la mort de MM. les docteurs Dodart, médecin de 2e classe de la marine, décédé au Tonkin le 1er avril; Grandjean, médecin de l'Hôtel des Invalides J.-A. Marotti (de Paris).

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 25 mai 1892, à midi et demi.

Un cours pour cinq places d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 15 mai 1893, à midi et demi.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Par L.-G. Richelot.

Quand les fibromes sont assez volumineux pour que le morcellement lui-même ne puisse les faire passer par la filière pelvienne, force nous est bien d'aborder l'hystérectomie abdominale. Celle-ci, naguère encore, était un sujet d'effroi; si bien qu'on a vu non seulement des électriciens — ce qui est naturel — mais des chirurgiens expérimentés, audacieux, faire de l'électricité.

Pour mon compte, je pratique aujourd'hui avec pleine confiance l'ablation sus-pubienne de l'utérus fibromateux. Déjà, en 1890, j'ai commencé, à la Société de chirurgie, une campagne en faveur du traitement intra-péritonéal du pédicule. Je m'appuyais sur une série de 16 opérations avec 3 morts; c'était encore assez loin de la perfection, mais sur les trois morts il n'y avait qu'un accident de pédicule, et encore dans un cas très spécial où le tissu utérin, lardacé, juteux, m'avait empêché de faire un moignon de bonne qualité, et où certainement j'aurais dû le fixer à l'extérieur, à moins de l'enlever complètement. Malgré cet insuccès, je hasardai l'opinion que le pronostic de l'hystérectomie abdominale était devenu comparable à celui de l'ovariotomie.

Là-dessus, je fus pris à partie; mais la plupart des objections qui me furent adressées reposaient sur un malentendu. Je n'avais pas dit que toutes les variétés de *myomectomie* abdominale, avec les énormes tumeurs, les adhérences à l'intestin, les compressions des viscères, les inclusions dans le ligament large, sont aussi bénignes que l'ovariotomie simple. J'avais comparé des faits comparables, et prétendu que, toutes choses égales, quand on a dans les mains un pédicule formé par le col de l'utérus au lieu d'un pédicule ovarique, le traitement du premier, pour être un peu plus difficile, n'était pas loin d'offrir la même sécurité.

Quelqu'un m'a prédit alors que je reviendrais de mes erreurs. Néanmoins, j'ai persévéré dans la même voie, mais non sans chercher de nouvelles améliorations. En 1890, je laissais à demeure le lien élastique et j'abandonnais le pédicule, après avoir bien rôti au thermo-cautère sa surface et le bout de cavité utérine qui dépasse la ligature. Sécurité parfaite au point de vue de l'hémostase; mais à la rigueur, et malgré l'action du feu, la surface cruentée pouvait être une cause d'infection. Je n'insiste pas sur l'élimination du lien élastique par l'orifice du col; je l'ai vue se faire chez quelques malades après plusieurs semaines ou plusieurs mois, mais elle n'a pas d'inconvénients sérieux.

En résumé, c'est contre l'infection qu'il fallait trouver des garanties encore plus certaines. Je l'ai fait en prenant, d'une part, à Chénieux (de Limoges) et à Kocher (de Berne) la ligature à la soie plate; d'autre part, en recouvrant le moignon d'un lambeau de péritoine par un procédé dérivé de celui de Chroback. Voici, en quelques mots, la marche de l'opération :

La paroi abdominale est incisée comme à l'ordinaire, et la masse fibreuse attirée au dehors à l'aide des mains et des pinces à traction. Au début, je traitais à part les ligaments larges; mais il est plus expéditif et même plus sûr de les prendre avec la ligature et de les accoler d'emblée au moignon; aussi vaut-il mieux n'y pas toucher en ce moment. Dès que la tumeur est bien en vue, je trace au bistouri, sur sa face antérieure, une incision qui en détache le péritoine entre les deux ligaments larges, et qui taille un lambeau suffisant — soit dit en termes vagues — pour recouvrir ultérieurement la surface du pédicule. Le lambeau tracé, je le décolle avec le doigt et je le fais tomber dans le petit bassin, ce qui a l'avantage de mettre la vessie hors d'atteinte. Je place alors le lien élastique en passant au-dessous des annexes, et l'attache avec le clamp de Segond sur la face antérieure dénudée.

Je tiens absolument à la ligature élastique provisoire, et je refuse de passer d'emblée les fils de soie. Je l'ai fait dans un seul cas, et j'ai remarqué que le tissu musculaire réagit, même contre la soie plate, et l'empêche de bien serrer; au contraire, s'il est tenu par le caoutchouc, la ligature définitive est serrée comme on veut.

J'ai l'habitude de me débarrasser de la masse utérine dès que le lien élastique est placé, afin de manœuvrer plus à l'aise. Je coupe hardiment jusqu'au voisinage dc la ligature, en laisant aux pinces de larges prises pour soutenir le pédicule, qui sera diminué et façonné plus tard.

C'est le moment de lier à la soie plate. Je passe un long fil double, avec une aiguille mousse, à travers le pédicule, immédiatement au-dessous du lien élastique; je noue à droite et à gauche, ce qui fait une ligature en chaîne, puis j'ajoute un fil de sûreté qui embrasse tout le moignon, et j'enlève le caoutchouc.

Le tissu musculaire et les ligaments larges étant solidement étreints par des fils qui n'ont aucune tendance à déraper, je réduis au minimum la partie libre du moignon, puis je rôtis la tranche avec le thermo-cautère, que j'enfonce à plusieurs reprises dans le petit culs-de-sac formé par la muqueuse utérine, mais en ayant soin de ne pas trop appuyer dans le fond, de peur de couper les fils de soie qui traversent le col.

Il s'agit maintenant de recouvrir la surface rôtie avec le lambeau péritonéal. Je fais tenir le pédicule par un aide, avec une pince-érigne accrochée à son bord postérieur; je vais chercher le lambeau dans le petit bassin, je le remonte, et, par un surjet au catgut, je l'unis au bord postérieur du moignon. Quand tout est fini, on voit, au milieu de la cavité pelvienne, une suture transversale en forme de crête, le péritoine est partout fermé, et la surface cruentée de l'utérus, inclinée en avant, est extrapéritonéale.

Trois points, dans ce procédé, méritent l'attention. La striction exercée par les *fils de soie* m'autorise à prendre dans la même ligature le bord supérieur du ligament large sans m'en inquiéter davantage, tandis qu'autrefois,

pour l'empêcher de glisser, je l'attachais au lien élastique permanent avec un fil passé en écharpe. La soie permet encore de réduire au minimum le bout de moignon qui la dépasse, ce qui donne un pédicule petit, mobile, et s'inclinant de bonne du lambeau.

Ce *lambeau péritonéal antérieur* est de la dernière importance. Il empêche la surface cruentée et la cavitée utérine, imparfaitement désinfectées, d'inoculer le péritoine. Il y a deux lambeaux dans le procédé de Chnoback ; mais le postérieur est difficile à tailler et parfaitement inutile.

Malgré la présence du lambeau, le *rôtissement* du moignon au thermocautère ne doit pas être oublié ; car si le péritoine est préservé, le tissu cellulaire ne l'est pas, et, à défaut de péritonite, nous pourrions avoir un abcès pelvien, comme je le démontrerai tout à l'heure.

Encore une remarque : le traitement susdit est parfaitement applicable à ces cas difficiles où le segment inférieur est bourré par le fibrome, voire même enclavé dans le petit bassin au point de ne pouvoir tout d'abord en sortir. Autrefois, nous traversions ces gros pédicules avec des broches, nous faisions des opérations incomplètes et dangereuses. Aujourd'hui, tout s'arrange : taillez le lambeau péritonéal et appliquez la ligature élastique sur la masse, comme elle se présente ; puis incisez l'utérus, ouvrez la loge du gros fibrome et faites-en l'énucléation. A mesure que la tumeur, attirée par les pinces et décollée par les doigts, s'élève et tend à quitter le petit bassin, le lien de caoutchouc glisse de haut en bas, se resserre autour de l'utérus qui se vide, et quand la tumeur est partie, la ligature est placée au bon endroit, et l'opération s'achève comme à l'ordinaire. C'est même ces cols énormes qui donnent les moignons les plus petits.

Les malades guérissent sans fièvre, sans réflexes ni douleurs inusitées, et se comportent vraiment comme après une ovariotomie.

La série des opérations que j'ai faites par ce procédé comprend 21 cas, dont les 20 premiers sont exposés dans la thèse d'un de mes élèves (1).

J'ai perdu deux malades, dont je vais d'abord résumer l'histoire.

La première était une femme de 60 ans, qui avait eu autrefois de grandes pertes, dues à un fibrome reconnu depuis vingt ans. La ménopause datait de onze ans. Elle avait une ascite beaucoup plus récente et un peu d'albuminurie. Je ne savais comment expliquer ces nouveaux symptômes, à cet âge et après un silence prolongé de la tumeur ; mais, n'ayant aucune donnée qui me permît de faire un autre diagnostic, je les attribuai à la présence du fibrome et je résolus d'intervenir, tout en ayant conscience que je prenais une grave responsabilité. A mon grand étonnement, je tombai sur une *péritonite tuberculeuse,* avec granulations confluentes répandues à toute la surface du péritoine, utérus, intestin, vessie, etc. Le cœur et les poumons étaient parfaitement sains.

J'évacuai l'ascite et continuai l'ablation de la tumeur, qui fut très facile. L'opérée n'eut pas de grands accidents, mais elle traîna et mourut peu de jours après sa sortie de l'hôpital. Je pense aujourd'hui qu'après l'incision j'aurais mieux fait de m'arrêter, les tubercules étant la seule cause de

(1) Guilleminot. *Traitement du pédicule intra-péritonéal,* etc., thèse de Paris, 1893.

'ascite et de l'albuminurie. L'extirpation, d'ailleurs, n'ajouta presque rien au traumatisme abdominal, et j'ignore si, en m'abstenant, j'aurais conservé la malade. Ce qui est bien certain, c'est qu'on ne peut attribuer sa mort à une gravité particulière de l'hystérectomie.

Deuxième insuccès : femme de 41 ans, opérée pour des hémorrhagies profuses ; suites normales et apyrexie pendant six jours ; à la fin du sixième jour, fièvre subite, gros abcès de la suture évacué le lendemain ; continuation de la fièvre et mort le neuvième jour. A l'autopsie : nappe purulente entre la peau et la couche musculaire ; foyer semblable et de mêmes dimensions dans le péritoine, sous la paroi ; au fond du petit bassin, *pédicule intact*. En somme, infection mortelle dont l'enquête la plus minutieuse ne m'a pas fait découvrir la source. Le catgut, que j'avais d'abord incriminé à cause du siège de la suppuration, était le même qui m'avait servi tous les jours précédents, qui me sert depuis, et qui ne doit pas être bien mauvais, puisque, sur une moyenne de 60 opérations par mois, je n'ai pas un seul décès, à l'hôpital Saint-Louis, depuis le 1er janvier.

De ces deux échecs, le premier est beaucoup moins cruel que le second ; mais tous deux sont pareils en ce qu'ils ne compromettent pas la méthode. J'insiste, en effet, sur l'intégrité du pédicule signalée tout à l'heure. Il s'agit là d'un *accident de laparotomie*, et il est impossible d'incriminer l'hystérectomie en général ni, en particulier, le procédé que je vous ai décrit.

Sur les 19 malades guéries, parmi lesquelles je compte des tumeurs énormes et des opérations très laborieuses, il y en a une sur laquelle je veux encore m'arrêter. J'allais rôtir le pédicule, lorsqu'on s'aperçut que le thermo-cautère ne marchait pas. Je touchai la surface avec le sublimé, et j'annonçai à mes assistants que j'allais, par le lambeau péritonéal, mettre l'opérée à l'abri de la péritonite, mais qu'elle pourrait avoir un abcès pelvien. Dès les premiers jours, elle avait un peu de fièvre, puis un empâtement du côté droit, puis une collection qui fut ouverte au-dessus de l'arcade et qui, venant du pédicule, avait filé sous le péritoine, comme le stylet en donnait la preuve. Elle guérit, d'ailleurs, facilement. Voilà un fait qui démontre à la fois l'importance de la cautérisation thermique et celle du lambeau péritonéal.

Maintenant, je reconnais que la meilleure manière de suppprimer toute chance d'accident léger ou grave, primitif ou secondaire, autour du pédicule est de supprimer le pédicule lui-même, et je ne suis nullement éloigné d'adopter l'*hystérectomie totale*. Mais il faut qu'on me donne un bon procédé. Il y en a plusieurs ; l'opération est à l'ordre du jour ; je l'ai vue très bien exécutée par Martin, l'année dernière, au Congrès gynécologique de Bruxelles, mais la manœuvre était compliquée, laborieuse, et les statistiques ne sont pas encore brillantes. La méthode « abdomino-vaginale » peut être, elle aussi, fort malaisée. Bref, l'hystérectomie totale sera peut-être un jour la méthode de choix, mais elle est en ce moment fort controversée, et j'ai encore le droit de préconiser une méthode qui m'a donné, sur 21 cas, 2 morts, dont l'une est due à une péritonite tuberculeuse compliquée d'albuminurie, et l'autre à un accident de laparotomie n'ayant rien à voir avec le traitement du pédicule.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

De prévoyance et de secours mutuels des médecins de France

TRENTE-QUATRIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

TENUE A PARIS LES 9 ET 10 AVRIL 1893, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE

Première séance.

M. Lannelongue, président, ouvre la séance à deux heures en prononçant l'allocution dont nous avons donné un court aperçu dans notre numéro du 11 avril.

M. Brun, trésorier, expose la situation financière de l'Association :

CAISSE GÉNÉRALE

Le produit total des sommes versées par les Sociétés à la Caisse générale a été de 23,312 fr. 62, y compris 3,866 francs pour plus de 300 admissions nouvelles, et si, à ce total, nous ajoutons les intérêts des fonds placés à la Caisse des Dépôts et Consignations, soit 3,675 fr. 15 et un reliquat de caisse de l'exercice précédent de 12,172 fr. 80 nous avons un total de 39,459 03 dont le Conseil général a réglé l'emploi comme suit :

Les frais d'administration, frais de secrétariat et de trésorerie, impressions, circulaires, etc., se sont élevés à....	Fr. 2.853 49
Les loyers et frais accessoires ont entraîné une dépense de....	853 45
L'Annuaire, pour impression et distribution aux Sociétés locales, a coûté....	7.173 35
La Caisse a fourni en subvention aux Sociétés locales et en allocations diverses....	2.750 »
Nos frais de legs se sont montés à.... par l'obligation où nous nous sommes trouvés de payer les droits de mutation pour le legs de 25,000 francs du docteur Maugin (de Douai).	3.468 60
La Caisse a soldé en frais divers....	1.245 »
Elle a versé au compte de fonds de retraites de l'Association la somme de..	10.000 »
	Fr. 28.344 09

Et il est resté en caisse la somme de 11,115 fr. 71 pour les premiers besoins du nouvel exercice, notamment pour payer les frais du prochain Annuaire.

CAISSE DE PENSIONS

Mais, vous le savez, Messieurs, après avoir satisfait aux besoins des Sociétés locales qui font appel à la Caisse générale, c'est vers la Caisse des pensions viagères de retraites que tout converge, c'est elle qui profite de toutes les augmentations de capital que nous pouvons effectuer.

Pour le dernier exercice, cette augmentation de capital a été de 78,431 fr. 17 ; elle provient surtout des dons et legs qu'elle a encaissés.

Le plus gros legs est celui de Mme Huguier, à l'Association générale, de la somme de 15,000 francs, et notre plus généreux donateur a été notre éminent Président, M. le professeur Lannelongue, qui a versé en don à notre Caisse des pensions la somme de 6,000 francs.

La liste de nos donateurs est du reste toujours bien fournie; nous y trouvons en pre-

mière ligne, pour 1,000 francs chacun : MM. Marjolin, Lacombe, Tarnier et, pour autres sommes : MM. Belle, Bucquoy, Brun (Auguste), Burdel (de Vierzon), Cordès (de Genève), Costa (d'Ajaccio), Forget, Galezowski, Hérard, Hugot (de Laon), Larrey (le baron), Leroux (de Versailles), Leroy-Dupré (de Bellevue), Machelard, Mercier (de Mer), Monod (Charles), Péan, Peter, Pfeiffer, Piogey (Gérard), Surmay (de Ham), Georges Marjolin, Georges Wickham, en total : 30,071 fr. 10.

Les Sociétés locales n'ont pas moins bien fait, elles ont versé la somme de 20,063 fr. 22.

Les plus vaillantes sont, comme par le passé, la Société centrale, la Haute-Garonne, la Société de Saône-et-Loire, celles des Bouches-du-Rhône et de la Haute-Savoie.

La Caisse générale a fourni une subvention de 10,000 francs.

Et les arrérages des rentes constituées se sont élevés à la somme de 5,252 francs.

Ce compte de rentes constituées va se trouver amélioré par le fait de l'extinction de l'usufruit de Mme Henri Roger, de 1,200 francs de rente, et par l'extinction également de l'usufruit de partie du legs du docteur Forget, de 586 francs de rente, dont jouissait Mlle Colardot.

Ce compte profitera encore de 15 francs de rente qui ont été fournis par M. le docteur Yvonneau (de Blois) en une obligation du Crédit foncier, produisant un intérêt annuel de 15 francs.

Le total de nos rentes constituées est donc, à ce jour, de 7,036 francs de rentes.

De toutes ces sources sont sorties les sommes qui ont produit une augmentation de 78,431 fr. 17 dans le capital de la Caisse des pensions qui se trouve aujourd'hui de 1,559,111 fr. 20, dont l'emploi, pour le moment, s'établit comme suit :

Sont à la Caisse de la Vieillesse pour le service de 80 pensions...	Fr.	1.170.150 »
Sont au compte de fonds de retraites de l'Association pour les pensions nouvelles..		387.139 62
Restent en Caisse du Trésorier..		1.821 68
	Fr.	1.559.111 20

Avec tous ces éléments s'établit facilement le Bilan de l'Association comprenant tant les fonds généraux appartenant à la Caisse générale que les fonds particuliers appartenant à la Caisse des pensions viagères — et duquel il ressort que l'avoir de l'Association générale et de la Caisse des pensions au 1er avril 1893, non compris les rentes constituées et les nues propriétés, est de 1,651,896 fr. 32.

Voilà, Messieurs, où nous sommes arrivés, par trente ans d'efforts et de persévérance. Mais les ouvriers de la première heure ont presque tous disparu, c'est aux générations nouvelles à continuer notre Œuvre et à la faire prospérer.

La parole est donnée à M. Boutin pour lire son rapport sur la gestion financière du trésorier; ce rapport conclut à l'approbation des comptes, et est accueilli par les applaudissements de l'Assemblée.

M. Lereboullet lit le compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1892. En voici les principaux passages :

L'année 1892, Messieurs et chers Collègues, a fait de nombreux vides dans nos rangs. Nous avons perdu plus de 160 de nos sociétaires, et je ne puis taire ici les sentiments de sympathie et de respect qu'en lisant des comptes rendus de nos assemblées locales, j'éprouvais pour ces modestes praticiens qui se sont dévoués à leurs confrères en s'efforçant d'assurer une fraternelle assistance aux victimes d'infortunes imméritées. Leurs noms seront inscrits dans l'Annuaire, et je ne puis vous parler aujourd'hui que de ceux qui ont eu l'honneur de présider à vos réunions.

(L'orateur fait l'éloge de MM. Cazeneuve, Horteloup, Toussaint, Legard-Lafosse, Brevet, Bonnain, Sénac.)

Messieurs, en même temps que le nombre de nos sociétaires s'accroît, l'action bienfaisante de l'Association se trouve facilitée par les libéralités qui lui sont faites, par les legs qu'elle reçoit, par la réalisation successive des nues propriétés qu'elle possède...

Quel emploi avons-nous fait de ces ressources? Cet emploi est-il suffisamment justifié? C'est ce qu'il importe de rechercher. Bien souvent, en effet, l'on nous accuse de trop capitaliser, de consacrer à nos réserves des sommes qu'il serait plus utile de distribuer à nos sociétaires, de ne point accorder aux malades, aux veuves, aux orphelins des subventions suffisantes.

Nous sommes autorisés à répondre que les fonds déposés à la Caisse des retraites sont inaliénables, qu'ils proviennent presque tous de dons et de legs qui ne nous sont attribués qu'avec une destination nettement précisée; que, dès lors, il ne nous appartient pas de les détourner pour les faire servir à un autre usage; qu'ainsi la moitié de notre fortune actuelle est nécessairement et indéfiniment affectée au service des pensions viagères. Une somme au moins égale se trouve entre vos mains, mes chers Collègues, elle constitue l'avoir des Sociétés locales, et vous avez appris que cet avoir s'élève cette année à la somme de 1,070,500 francs. Que reste-t-il à la Caisse générale? environ 50,000 francs chaque année, sans compter les dons et les legs qu'elle reçoit, mais qui, je le répète, sont presque tous destinés à la Caisse des pensions.

D'autre part, Messieurs, s'il est vrai que nous appliquons tout notre zèle à servir au taux de 600 francs toutes les pensions viagères qui nous sont demandées, n'avons-nous pas aussi pour objectif le soulagement immédiat des infortunes qui nous sont signalées? Cette année, une somme de 59,688 fr. 35 a été dépensée en secours immmédiats, soit par la Société centrale, soit par les Sociétés locales. J'ai voulu rechercher à cette occasion quel avait été, depuis l'année 1861 jusqu'à l'année 1892, le total des secours ou indemnité en cas de maladie votés en dehors des pensions viagères, et je suis arrivé au chiffre de 1,160,580 francs.

Il serait donc injuste de prétendre que l'Association néglige les intérêts immédiats de ses sociétaires pour ne songer qu'à enrichir la Caisse des pensions. Et cependant, pourquoi ne pas l'avouer, nous espérions davantage. Après avoir assuré à tous ceux que l'âge ou les infirmités laissent sans ressources une pension *de droit*, puisqu'elle est inaliénable et insaisissable, de 600 francs aujourd'hui, de 1,000 ou 1,200 francs dans quelques années, nous voulions être en mesure d'accorder à nos confrères que la maladie met dans l'impossibilité de continuer l'exercice de leur profession une indemnité suffisante pour les aider à traverser des moments difficiles. Il nous fallait, dans ce but, des ressources nouvelles. Le rapport de notre collègues, M. Bucquoy, vous apprendra que nous ne pouvons point y compter cette année. L'élévation, si modique cependant, du taux de la cotisation qui vous est annuellement demandée a été, une fois encore, refusée par la majorité des Sociétés locales.....

Durant l'année 1892, les intérêts du corps médical ont été souvent discutés au sein du Parlement. La *loi sur l'exercice de la médecine*, promulguée le 1er décembre dernier, deviendra exécutoire dans quelques mois. Votée par la Chambre des députés, la *loi sur l'assistance médicale dans les campagnes* n'a été acceptée qu'en première délibération par le Sénat. Son texte sera sans doute modifié, mais l'activité dont le rapporteur, M. Th. Roussel, et le commissaire du gouvernement, M. H. Monod, viennent de nous donner tant de preuves, permet d'espérer qu'elle ne tardera pas non plus à paraître au *Journal officiel*...

L'éclatant hommage rendu par le commissaire du Gouvernement à l'abnégation, au

désintéressement, au dévouement de nos confrères prouve que les sentiments charitables qui sont l'honneur de la profession médicale sont reconnus par l'administration. Il démontre non moins évidemment l'impossibilité pour la plupart des médecins de campagne non seulement de prospérer mais même de vivre dans les départements où l'on se refuse à rémunérer dignement les soins qu'ils sont appelés à donner aux malades. En vain nous objecte-t-on que les sociétés de secours mutuels s'imposent annuellement une dépense de cinq millions par les honoraires de leurs médecins. Personne n'ignore combien souvent ces honoraires sont dérisoires. Chacun reconnaît, et M. le directeur de l'Assistance publique l'a explicitement déclaré, que, dans les départements pauvres, les médecins ne pourront trouver que dans l'organisation d'un service public officiellement organisé et convenablement rétribué des moyens suffisants de subsistance. La loi nouvelle aura donc pour résultat d'assurer aux malades nécessiteux l'assistance qui leur est due et de garantir aux médecins la légitime rémunération des soins qu'ils leur prodiguent. Il a été unanimement admis que le malade devra être assisté par sa famille, à défaut de celle-ci par la commune où il a établi son domicile légal. Si la commune est trop pauvre pour assurer le service d'assistance de tous les indigents, le département lui viendra en aide; enfin, l'Etat devra subventionner les départements pour leur faciliter l'accomplissement de ce devoir social. Vous remarquerez, Messieurs, les analogies qui existent entre ce nouveau projet et les statuts qui régissent notre association. Comme nous avons dû le faire jusqu'à présent, le docteur Th. Roussel se refuse à inscrire dans la loi le droit à l'assistance. Il sait à combien d'objections d'ordre financier se heurtent les projets de ce genre; mais il entend que tous les rouages administratifs soient intéressés à l'œuvre dont il poursuit la réalisation; il veut que la commune, le département, l'Etat soient successivement appelés à assurer, suivant les besoins, l'accomplissement d'un devoir d'humanité et de fraternité. Nous aussi, Messieurs, nous demandons que toutes nos ressources soient consacrées à assister ceux de nos confrères qui se trouvent momentanément ou définitivement dans une situation douloureuse. Que ce droit à la sympathie, au dévouement, à l'affectueuse assistance de leurs collègues de l'Association générale se traduise par un emprunt qu'ils rembourseront quand, avec la santé, l'aisance leur sera revenue ou par un don que leur état de fortune leur permettra d'accepter sans rougir, peu importe. Nous ne devons avoir qu'une seule préoccupation : faire en sorte que tous nos adhérents soient toujours assurés de trouver autour d'eux, dans cette grande famille, qui ne se réunit chaque année que pour resserrer les liens d'estime et de solidarité professionnelle qui sont sa raison d'être et de prospérer, l'assistance morale et matérielle dont il peuvent avoir besoin.

Plusieurs questions que nous aurions aimé à voir résoudre dès l'année dernière restent encore en suspens. La loi sur l'exercice de la médecine ne peut être appliquée sans que le relèvement des tarifs d'honoraires relatifs aux expertises médico-légales nous soit accordé. Jusqu'à ce jour, bien des démarches ont été faites dans ce sens, bien des promesses vous ont été transmises. Je ne voudrais pas insister sur les causes multiples qui m'interdisent de vous annoncer qu'enfin l'on a compris, au Ministère de la Justice, la nécessité d'agir avec plus d'équité vis-à-vis de ceux qui lui rendent chaque jour tant de services. Je dois me borner à vous affirmer avec quelle persévérante insistance plusieurs membres du Conseil général, et à leur tête notre si généreux et dévoué président M. Lannelongue, poursuivent la juste revendication des droits du corps médical.

Les démarches faites en vue d'obtenir pour l'Association des Médecins de France la reconnaissance d'utilité publique n'ont pu aboutir non plus ; mais, j'ai hâte de le déclarer, nous n'en concevons plus aucun déplaisir. Dans un avenir très prochain, en effet, le projet de loi sur les Sociétés de secours mutuels, adopté par la Chambre des députés

dans les séances du 31 mai et 14 juin 1889, reviendra en discussion devant le Sénat et les renseignements que nous avons recueillis nous font espérer que, cette fois, la haute assemblée votera, sans les modifier, les articles d'une loi qui a subi, depuis le 18 mars 1892, tant et de si graves modifications. Bien que la loi nouvelle ne nous donne pas toutes les garanties qu'exige, au point de vue auquel nous nous trouvons placés, la nécessité de maintenir tout à la fois l'autonomie de nos Sociétés locales et l'union intime qui doit exister toujours entre celles-ci et le Conseil général, c'est-à-dire la fédération que le Conseil d'Etat a toujours refusé de reconnaître, nous espérons bien arriver, le jour où elle sera votée, à acquérir d'emblée le droit à l'existence légale...

Une autre question, Messieurs, a été soulevée par un vœu de la Société de la Vendée. Le Conseil général s'en est préoccupé avec d'autant plus d'intérêt que ce vœu a été unanimement pris en considération par les Sociétés locales et que, de sa réalisation, dépend en grande partie l'avenir des études médicales. Permettez-moi donc de vous exposer très rapidement ce qui, dans ce sens, a été réalisé jusqu'à ce jour, et ce que nous croyons pouvoir espérer encore. Le vœu de la Société des Landes était rédigé dans les termes suivants :

« La Société des Landes demande à l'Association générale des Médecins de France de « vouloir bien, avec l'autorité que lui donnent les huit mille médecins qu'elle représente, « poursuivre la réalisation des deux modifications ci-dessous à la loi militaire du « 15 juillet 1889 :

« 1° Les étudiants en médecine qui, conformément à la loi du 13 juillet 1892, devan- « ceront l'appel par voie d'engagement volontaire seront versés, dès leur incorporation, « dans les diverses parties du service de santé, et y feront l'année de service exigée par « la loi;

« 2° L'Association générale poursuivra, par tous moyens que de droit, la réalisation « de cette autre combinaison, qui consisterait à faire accorder aux étudiants en méde- « cine en cours d'études, et qui ne voudraient pas devancer l'appel, des sursis successifs, « de façon à ce qu'à l'expiration de leurs études, ils fissent leur année de service à titre « d'aide-major de réserve dans le service de santé... »

Votre Conseil général ne pouvait rester indifférent à un mouvement d'opinion aussi bien justifié, aussi a-t-il été heureux de s'associer aux démarches entreprises depuis quelques semaines en vue d'obtenir un nouvel amendement à la loi militaire. Un premier résultat nous est acquis, et nous le devons à l'*Association de la presse médicale* qui, présidée par notre collègue, M. Cornil, a, sur la demande de M. le docteur Cézilly, pris l'initiative d'une démarche à tenter près de M. le ministre de la guerre. Une Commission, dont faisaient partie deux membres du Conseil général de l'Association, a été reçue le 3 mars dernier par M. le général Loizillon qui lui a promis, non seulement d'examiner avec bienveillance, mais même de défendre, au sein du Paalement, le vœu qu'elle avait émis.

Ce vœu, légèrement modifié par notre collègue, M. Cornil, vient de servir de texte à un projet de loi qui sera bientôt, nous l'espérons, adopté par le Parlement......

Plusieurs autres vœux émanant de diverses Sociétés sont relatifs aux impôts qui frappent si durement le corps médical. Demain, Messieurs, notre collègue, M. Durand-Fardel, vous demandera de prendre ces vœux en considération et d'insister personnellement pour mieux pénétrer de la justice de nos réclamations ceux qui pourront bientôt les faire écouter. Notre Conseil général a déjà commencé, il continuera ses démarches en vue de protester contre l'assiette de l'impôt qui frappe les médecins et surtout contre l'injustice qui consiste à admettre que le revenu professionnel de nos confrères est proportionnel au chiffre de leur loyer. Aux revendications fortement motivées qu'a fait

récemment valoir l'*Association syndicale des médecins de la Seine*, à celles qu'ont exprimées plusieurs de nos Sociétés locales, demandant que l'impôt de la patente ne porte que sur la partie de l'appartement affectée à l'exercice professionnel et non sur une installation dont l'étendue varie en raison du nombre des personnes qui composent la famille, l'Association générale tiendra à apporter l'appui de sa légitime influence. Elle s'efforcera de défendre les intérêts des médecins des villes; de même que, pour assurer le vote de la loi sur l'assistance médicale gratuite, elle défendra ceux des médecins de campagne. Ainsi s'affirmera, vis-à-vis des pouvoirs publics, l'autorité qu'elle tient de votre confiance, du concours empressés que lui apportent ses huit mille sociétaires.

. . . .

A son tour, le Conseil général tient à affirmer, une fois de plus, qu'il ne saurait considérer que comme ses alliées les Associations professionnelles qui se recrutent parmi les médecins dévoués aux intérêts que nous avons à cœur de défendre. Déjà, il y a près de dix ans, la question qui préoccupe de nouveau quelques-unes de nos Sociétés locales a été soulevée dans l'une de vos assemblée générales (1884) et vous avez alors unanimement admis les conclusions d'un rapport affirmant la nécessité d'établir entre les Sociétés locales et les Syndicats professionnels les liens de bonne confraternité et de bienveillance réciproque qui doivent unir des médecins poursuivant un but analogue.

Aujourd'hui, comme il y a dix ans, nous entendons rester unis à toutes les Associations médicales qui n'ont été créées que pour défendre les intérêts moraux et matériels de nos confrères. Nous tenons à ce que l'union et la concorde président toujours à nos relations. Nous demandons que, d'un bout de la France à l'autre, nous nous aidions tous de toutes les énergies de la solidarité. L'Association des médecins de France fait donc appel à tous les concours, en même temps qu'elle promet à tous ceux qui auraient besoin d'elle l'appui désintéressé de l'influence que la situation de quelques-uns de ses membres lui permet d'exercer pour le bien de la profession médicale. Elle ne demande qu'à progresser, en acceptant tous les perfectionnements qu'elle jugera réalisables; mais elle tient aussi à garder intacts les principes et les sentiments sur lesquels elle a été fondée, car c'est à ces sentiments et à ces principes qu'elle a dû dans le passé et qu'elle devra dans l'avenir sa prospérité, sa force et sa légitime autorité.

Après ce discours, accueilli par d'unanimes applaudissements, on procède au scrutin pour la nomination d'un nouveau secrétaire général, en remplacement de M. Riant, démissionnaire et nommé par acclamation secrétaire général honoraire. L'unanimité des suffrages se porte sur M. Lereboullet.

Un autre vote ratifie les propositions faites par le Conseil général pour son renouvellement partiel. Nous avons donné les noms des nouveaux élus dans notre numéro du 11 avril.

La Commission des pensions viagères est réélue par acclamation.

Enfin, M. Worms lit la première partie de son rapport sur les pensions viagères, et propose de satisfaire à toutes les demandes qui sont parvenues au Conseil général. Le nombre des pensionnés sera ainsi porté à 93, ce qui représente un capital de 1,170,150 francs.

Deuxième séance.

La séance est ouverte à deux heures un quart. Après le vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale et l'approbation des comptes du trésorier, M. Worms lit la deuxième partie de son rapport sur les pensions viagères. Les conclusions de ce rapport sont votées.

La parole est donnée à M. Bucquoy pour lire son rapport sur l'enquête relative à l'indemnité-maladie et à l'augmentation de la cotisation. Ce rapport concluant au rejet des propositions qui ont été faites, d'après la réponse négative de la majorité des Sociétés locales, M. Lande cherche à établir que la question a été mal posée, qu'elle n'est pas jugée en dernier ressort, et demande qu'on nomme une commission spéciale chargée d'en faire une étude nouvelle et approfondie. Après une discussion à laquelle prennent part MM. Janicot, Durand-Fardel, Delvaille, Ollivier, Liétard, Mazard, Hugonot, Bollaërt, Bucquoy, Surmay, Lereboullet, Boutquoy, M. le président Lannelongue résume les propositions qui viennent d'être émises sur la création d'une ou de plusieurs caisses d'indemnité-maladie en dehors de l'Association, à côté d'elle et sous son patronage, déclare que la nomination d'une commission nouvelle lui semble inutile, le Conseil général devant être, en quelque sorte, cette commission en continuant de consacrer ses efforts à tous les progrès qui peuvent être réalisés. Sur la proposition de son président, l'Assemblée vote que la question reste ouverte et que le Conseil général en continuera l'examen.

Sur le rapport de M. Durand-Fardel, l'Assemblée rejette quelques vœux et prend en considération :

1° Ceux des Sociétés de la Meuse, de l'Allier, des Hautes-Pyrénées, etc, relatifs aux impôts dont est chargé le corps médical;

2° Celui de la Société du Haut-Rhin, sous la forme suivante : Que le vote par appel nominal pourra avoir lieu sur l'initiative du Bureau ou sur la demande écrite de dix délégués;

3° Celui de la Société des Deux-Sèvres : Que l'article concernant la délivrance des médicaments par le médecin, dans un cas d'urgence (et dans le cas où il n'y aurait qu'un seul pharmacien exerçant dans la localité, addition demandée par M. Magnant, délégué de la Meuse), supprimé ou laissé de côté par le Sénat dans la loi sur l'exercice de la médecine, soit repris et étudié à nouveau dans l'étude ds la loi sur l'exercice de la pharmacie;

4° Celui de la Société de la Mayenne : Que la Commissisn des pensions viagères se contente de communiquer simplement le nom des pensionnés et que la liste avec détails ne soit plus distribuée. (Dès cette année, les noms des membres proposés pour une pension ne sont exprimés, sur les listes, que par des initiales.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOTHÈQUE

Le paludisme chronique, par le docteur L. Catrin

(Bibliothèque Charcot-Debove.) — Paris, Rueff et Cie, 1893.

M. Catrin s'attache à distinguer l'impaludisme chronique de la cachexie paludéenne. Dans le premier, les lésions viscérales ne dépassent pas la phase curable des hypérémies phlegmasiques, tandis que dans la cachexie, il se produit des scléroses contre lesquelles on ne peut lutter.

L'anémie malariale est un des phénomènes importants du paludisme chronique; les malades prennent une couleur assez caractéristique, rappelant celle du hâle. L'hypertrophie de la rate est constante, celle du foie très fréquente, et le patient ressent des douleurs obtuses dans les deux hypochondres. Naturellement, M. Catrin insiste, dans sa description symptomatologique, sur les différentes allures que peut présenter la fièvre.

Dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique nous signalerons surtout les pages relatives à l'histoire de la mélanémie qui est exposée dans tous ses détails.

M. Catrin insiste sur ce point que l'éloignement de l'impaludique des « terres cruelles » est le principe du traitement; le rapatriement doit être le plus hâtif possible, autrement la cachexie aiguë ou chronique survient.

L'auteur donne une bonne description de la cachexie et l'ouvrage, écrit avec une grande compétence, se termine par un exposé bien fait de l'état actuel de nos connaissances sur la parasitologie du paludisme.

FORMULAIRE

ANTISEPTIQUE INTESTINAL

Benzo-naphtol		20 centigr.
Charbon de peuplier	àà	10 —
Magnésie		

Pour un cachet.

Prendre quatre cachets par jour, l'un immédiatement avant le repas, l'autre une heure après.

COURRIER

Hôpital Saint-Louis. — Le docteur Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra son cours de dermatologie le lundi 10 avril, à quatre heures (salle des Conférences), et le continuera les lundis suivants à la même heure. — Présentation de malades.

— L'empire allemand, dans la réorganisation de ses forces militaires, a jugé nécessaire d'accroître considérablement le personnel du service de santé. Le projet de loi actuellement en discussion au Reichstag propose d'augmenter de 2,138 le nombre des officiers de l'armée active; l'accroissement du chiffre des médecins militaires serait de 234.

On voit qu'il y a loin de ces chiffres à celui que l'on propose en France dans le projet de loi en préparation sur l'accroissement des cadres.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Les premiers de liste des médecins de 1re classe sont à la date du 11 : *A Brest*, M. Guérennec; *à Rochefort*, M. de Gouyon de Pontouraude; *à Lorient*, M. Bahier; *à Toulon*, M. Durand.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Un cas de typhus exanthématique,

Par le docteur Jules Comby, médecin de l'hôpital Tenon.

C... (Armand), âgé de 23 ans, exerce la profession de couvreur; il habite rue d'Avron, n° 53, avec sa mère, son frère et trois sœurs. Ces six personnes occupent un petit appartement de deux pièces dans une maison salubre, où il n'y avait aucun cas de maladie infectieuse quelconque. Parmi les camarades et les relations de C..., on ne trouve pas, non plus, d'affection contagieuse. C... est un bon ouvrier, qui gagne largement sa vie, qui n'a pas souffert de privations, et qui ne commet pas d'excès alcooliques. Tels sont les renseignements fournis par le malade; nous verrons plus tard ce qu'il en faut penser.

Il a été pris, vers le 12 mars 1893, d'un mal de tête, avec frissons, étourdissements, vertiges; il était comme *un homme ivre;* cependant, il n'a pas pris le lit. L'état s'aggravant, il entre à l'hôpital le 15 mars, avec une température de 38°4 seulement, mais avec un état général qui contrastait par sa gravité avec la faiblesse de l'élévation thermique.

Je le vois le lendemain, 16 mars, au cinquième jour de sa maladie. Le matin, il n'a que 38°2, mais sa face est vultueuse, ses yeux sont injectés et larmoyants; le malade est dans la stupeur, quoiqu'il réponde encore passablement aux questions qu'on lui pose.

A l'auscultation de la poitrine, on entend quelques râles sonores disséminés, et le malade rend quelques crachats muco-purulents.

Ce qui frappe surtout chez cet homme, c'est un *tremblement universel;* quand on fait étendre les mains, on voit les doigts animés d'une trémulation incessante; quand on fait tirer la langue, on constate la même trémulation; enfin, quand le malade est assis, l'auscultation fait entendre un bruissement spécial produit par les secousses musculaires des muscles du dos; l'oreille entend et sent à la fois ce tremblement général des muscles. Ces phénomènes étaient tellement prononcés que je me crus en présence d'un alcoolique et que j'annonçais aux élèves l'imminence d'un accès de *delirium tremens.* Mais le malade niait, et avec sincérité, toute habitude alcoolique.

Le malade, au moment de l'entrée, avait un peu de diarrhée, que je fis disparaître à l'aide d'un verre d'eau de Sedlitz, après quoi il eut de la *constipation* pendant tout le cours de sa maladie.

Le ventre n'était ni ballonné ni douloureux à la pression ; il n'y avait pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées, pas d'épistaxis, et il n'y en eut à aucun moment. Le foie, la rate ont paru normaux. Rien ne pouvait expliquer l'abattement, la stupeur, la trémulation générale présentés par ce malade; je prescrivis une potion de Todd, et j'attendis au lendemain.

Le soir de ce jour, l'état s'aggrava, la température monta à 40°, le pouls à 120, et le malade commença à délirer.

Le 17 mars, sixième jour de la maladie, le thermomètre marquait 39°9 le matin, 40° le soir; le malade délire continuellement ; trompant la surveillance des infirmières, il s'est levé, il a été pris de vertige, est tombé dans la salle ; on a été obligé de le rapporter dans son lit. La surveillante qui assistait à cet accès de délire, m'a dit que le

malade avait eu une sorte de crise épileptiforme. En présence de ces phénomènes, je considère le malade comme atteint d'une fièvre typhoïde anormale, et je le fais mettre dans les bains froids (à 20°) toutes les trois heures, jour et nuit. Entre le 18 et le 20 mars, le malade a pris 38 bains froids, d'une durée moyenne de 15 minutes; la température, prise avant et après le bain, accusait chaque fois un abaissement qui variait entre 1° et demi ou 5 ou 6 dixièmes de degré. Le malade se trouvait très bien dans les bains, qui l'ont beaucoup soulagé et n'ont pas peu contribué à la guérison.

En même temps, il prenait une potion de Todd avec 2 grammes d'extrait mou de quinquina, de la limonade vineuse, et, pour calmer sa trémulation et son délire, une potion contenant XX gouttes de teinture de valériane et de teinture de musc. Pendant la période d'hyperthermie, je prescrivis 50 centigrammes de sulfate de quinine par jour.

Le 17 mars, sixième jour de la maladie, mon interne, M. Zadoc Kahn, remarque le soir, au niveau de l'épigastre, une éruption particulière constituée par une série de taches rosées, arrondies, cohérentes. s'effaçant sous le doigt avec difficulté.

Le lendemain, 18 mars, l'exanthème a envahi les membres supérieurs; il est surtout très marqué sur le dos des mains, des poignets, des avant-bras; il rappelle l'éruption de certaines roséoles saisonnières ou même de la rubéole. On peut encore le comparer à un *rash morbilliforme*. Chaque élément est arrondi, d'un rose vif, sans saillie appréciable; les taches sont très rapprochées les unes des autres. L'éruption, bien accusée sur les poignets et la face dorsale des mains, ne reste pas cantonnée dans cette région, elle envahit aussi les cuisses, mais à un moindre degré. L'exanthème a duré trois jours pleins, du 18 au 21 mars, il a coïncidé avec les plus hautes températures, le thermomètre ayant marqué 40°3, 40°6, 40°9 le soir des 19, 20 et 21 mars. Puis l'éruption a disparu sans laisser de traces, sans desquamation appréciable.

Nous n'avons vu, à aucun moment, de véritables taches rosées; pas de pétéchies, pas d'ecchymoses.

Le malade, qui buvait beaucoup de tisane et de lait, avait des urines abondantes, claires, sans albuminuerie. La langue, sèche pendant les premiers jours, n'a jamais présenté de fuliginosités; elle ne s'est pas dépouillée de son épithélium.

Le 22 mars, la température tombe le matin à 38°8 (c'est une chute de plus de 2 degrés); le soir, elle remonte à 39°8, s'abaisse le lendemain à 38°6, remonte le soir à 39°7 et après ces oscillations qui marquaient une détente favorable, le thermomètre tombe brusquement à 36°5, et cette défervescence complète annonce la terminaison de la maladie.

Elle est survenue le 24 mars, au treizième jour de l'affection, et a coïncidé avec des phénomènes critiques, sueurs abondantes, polyurie.

Le termomètre, après une légère ascension le soir du 24 mars, n'a pas tardé à marquer 37°, et le malade est entré en pleine convalescence.

Dès le jour de la défervescence, tout phénomène nerveux (délire, tremblement) avait disparu, et le malade demandait à manger.

J'avoue que j'ai été fort embarrassé pour interpréter les acccidents présentés par ce malade; le tremblement excessif, le rash morbilliforme, le délire impulsif qui avait fait lever le malade et qui avait été suivi de chute, l'hyperthermie suivie d'une défervescence brusque au treizième jour, l'absence de diarrhée, de taches rosées, tout cela était contraire à l'idée d'une fièvre typhoïde normale et régulière. Et cependant j'avais fait le diagnostic de fièvre typhoïde anormale.

Eclairé dans la dernière séance de la Société des hôpitaux par les observations de M. Bourcy, j'ai cru devoir présenter mon malade comme un cas de TYPHUS EXANTHÉMA-

TIQUE; ce diagnostic est conforme aux descriptions que les auteurs les plus experts nous ont laissées sur le typhus, et j'ai retrouvé, dans le livre d'Hildenbrand, toutes les particularités cliniques observées chez mon malade.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer la terminaison heureuse d'un cas qui se présentait avec les allures les plus inquiétantes, et je crois que les bains froids (38 en six jours) n'ont pas peu contribué à ce résultat. Le malade, d'ailleurs, s'y trouvait très bien et les demandait. D'où vient ce typhus? Je l'ignorais tout d'abord.

Notre malade disait appartenir à une honnête famille d'ouvriers composée de six personnes, vivant ensemble dans le même appartement, un peu étroit, il est vrai (2 pièces), mais sain. Aucun des autres membres de la famille n'avait été atteint.

Le malade n'avait eu, disait-il, aucune relation avec le dépôt de la préfecture de police, ni la prison de Nanterre, foyers principaux de l'épidémie actuelle. Le typhus étant à Paris, je ne pouvais être étonné outre mesure d'en rencontrer des cas isolés sur un point quelconque de la ville.

N'étant pas éclairé au début sur la nature de la maladie, je n'ai pris ni fait prendre aucune mesure d'isolement ou de désinfection; le malade a été en rapport avec les élèves, le personnel, les autres malades (64 dans les salles Pidoux et Trousseau). Jusqu'à présent aucun cas intérieur ne s'est déclaré; j'espère qu'il ne s'en déclarera pas, mais je ne m'opposerai nullement aux mesures préventives que l'Administration jugerait opportunes.

P.-S. — Après avoir rédigé cette observation d'après l'examen du malade et les renseignements fournis par lui, je conservais quelques doutes, non pas sur la nature, mais sur l'origine de la maladie. Je voulais compléter mon enquête, aller au domicile indiqué, etc. Mardi matin, quand j'entrai dans la salle, on m'apprit que le malade avait disparu, sans attendre qu'on lui signât son *exeat*. Mais, avant de partir, il avait fait des confidences à son voisin de lit, qui, d'ailleurs, le connaissait un peu et savait à quoi s'en tenir sur son compte. En réalité, notre homme menait une vie irrégulière et ne logeait que rarement dans sa famille, à l'adresse indiquée. Son domicile habituel était le Dépôt de la Préfecture de police où il venait de faire un séjour de huit mois. Sorti du dépôt le 8 mars 1893, c'est-à-dire peu de jours après le début de l'épidémie constatée dans cet asile de vagabondage, il était rentré dans sa famille, rue d'Avron n° 53. C'est là qu'il fut pris, vers le 12 ou le 13 mars, après une incubation de 7 ou 8 jours, des premiers symptômes du typhus : vertiges, céphalalgies, frissons. Le 15 mars, il se rend au Bureau central, à l'Hôtel-Dieu; on le reçoit et on l'envoie à Tenon, dans mon service.

Tous ces renseignements, recueillis après coup, et dont l'exactitude a été vérifiée par un nouvel interrogatoire du malade (1), enlèvent au cas actuel l'obscurité mystérieuse qui l'entourait; la filiation de ce typhus est parfaitement expliquée, et le diagnostic en reçoit une éclatante confirmation.

MÉDECINE NAVALE

Le repos de la nuit dans la profession maritime.

La force irrésistible qui, depuis la seconde moitié de ce siècle, entraîne si rapidement l'hygiène sur la voie du progrès, n'a laissé en dehors de son action aucun des groupes de la collectivité humaine; toutes les professions ont été successivement appelées à par-

(1) Un de mes élèves, en effet, a pu rejoindre le malade avant-hier et lui arracher les aveux qu'il nous avait jusqu'alors refusés.

tager les bénéfices de ses conquêtes. La profession maritime y a peut-être gagné plus qu'aucune autre; les médecins navigants le savent bien. Elle offre un point, toutefois, qu'aucune amélioration n'a encore atteint et où des traditions qui remontent aux siècles passés sont restées en vigueur dans toute leur intégrité : nous voulons parler du nombre et de la distribution des heures réservées au sommeil des équipages. Nous nous proposons, après avoir brièvement exposé l'état de choses actuel, de montrer pourquoi et dans quel sens il serait possible de le modifier heureusement.

I

L'équipage de tout bâtiment est partagé en deux bordées ; chaque bordée en deux divisions; chaque division en deux sections. Les bordées se distinguent par les qualifications de *tribord* et de *bâbord* (1). Une bordée se compose donc de la moitié de l'équipage; une division en représente le quart et une section le huitième. Chaque bordée est alternativement de service pendant quatre heures. Chacune de ces périodes est désignée sous le nom de « *quart* ». Tel est le principe, mais il varie un peu dans l'application selon que le bâtiment est en rade ou à la mer, selon qu'il s'agit du service de jour ou du service de nuit.

En rade, pendant le jour, le service est fait par bordée. Pendant la nuit, il est fait par division, et, lorsque les circonstances le permettent, il peut être fait par section, à l'exception du premier quart (de 6 h. 45 du soir à 11 heures), pour lequel une division est toujours désignée.

Le service des quarts de nuit se divise habituellement ainsi : 1° de 6 h. 45 du soir en hiver et de 7 h. 30 en été, jusqu'à 11 heures; 2° de 11 heures jusqu'à 2 heures du matin; 3° de 2 heures du matin jusqu'à 5 h. 15 en hiver et 4 h. 45 en été. La quart par bordée et celui par section étant exceptionnels en rade, c'est le quart par division qu'il importe de considérer.

Dans ce dernier cas, qui est la règle, chaque division de l'équipage a une nuit franche sur quatre, et peut rester dans les hamacs 10 h. 30 en hiver et 9 h. 15 en été. Pendant les trois nuits suivantes, le sommeil est réduit, par le service, pour chacune des divisions à tour de rôle : en hiver, à 6 h. 15, 7 h. 15 et 7 h. 30; en été, à 6 h. 45, 6 h. 15 et 5 h. 45. Aucun de ces derniers chiffres n'est satisfaisant. Leur moyenne donne 6 h. 30 qui représente la durée du sommeil, ou, pour mieux dire, de la présence dans le hamac pendant les 75 p. 100 des jours passés à bord par les équipages.

A la mer, une moitié de l'équipage est toujours de service à la fois. Cependant, le commandant peut, suivant les circonstances, ne conserver sur le pont qu'une seule division de la bordée de quart et permettre à l'autre division de rester en réserve dans la batterie, ou même de se coucher dans les hamacs.

Les bordées alternent ainsi : 1° de 5 h. 15 à 11 heures du soir; 2° de 11 heures du soir à 4 heures du matin. La bordée qui se couche à onze heures du soir et se lève à 4 heures du matin est dite « de grand service ».

Le service de nuit par division étant infiniment plus rare, à la mer, que le service par bordée, on voit que tous les seconds jours les hommes ont exactement cinq heures à passer dans le hamac. Pendant les jours intercalaires, ils dorment ou, plus exactement, ils se couchent de 6 h. 30 à 11 heures du soir, et de 4 heures à 6 heures du matin, disposant en tout de 6 h. 30 de repos qu'ils prennent en deux séances, l'une de 4 h. 30,

(1) Lorsque, placé sur le pont d'un navire, on regarde vers l'avant, on a le côté de tribord à sa droite, le côté de bâbord à sa gauche. Les hommes des deux bords sont désignés sous le nom de Tribordais et de Bâbordais.

l'autre de 2 heures, séparées par 5 heures de présence sur le pont. La situation est donc encore bien plus défavorable qu'au mouillage.

Aucun organisme, surtout celui de ces hommes jeunes, en voie de développement, qui fournissent une somme très notable de travail, ne résisterait à un tel régime, si les *gens de quart* ne trouvaient presque toujours le moyen de dormir, peu ou prou, pendant leur séjour sur le pont. En dehors des moments où la manœuvre exige le secours de leurs bras, ils s'étendent un peu partout : le long des bastingages; sous un canot; à l'abri d'un canon, etc.; là, ils complètent la dose de sommeil indispensable. Mais ils dorment en plein air, exposés au vent et au froid, à la rosée des ciels clairs des tropiques, à l'humidité de nos soirs brumeux. Et surtout ils dorment à bâtons rompus, par petites périodes courtes, irrégulières.

II

Les inconvénients de ce système ont été maintes fois signalés et sont reconnus de tous. Tout dernièrement, le ministre de la marine s'en est préoccupé (en ce qui concerne le service de nuit en rade), et, après avis du conseil supérieur de santé, il a mis à l'étude la question de savoir ce qu'il conviendrait de faire pour améliorer la situation actuelle. Le ministre fait observer, avec une très grande raison, que les séjours si restreints que les hommes peuvent faire dans les hamacs sont rendus aujourd'hui plus insuffisants que jamais par la grande sonorité des bâtiments en fer. Tous ceux qui ont navigué comprendront la justesse et l'importance de cette observation.

On s'étonnerait, à bon droit, que cette préoccupation bienveillante du repos des équipages ait tant tardé à se produire, si l'on ne savait qu'il eût été de toute impossibilité d'en tenir compte il y seulement peu d'années. Aussi longtemps que la voile est restée sinon l'unique, du moins le principal moyen de propulsion des navir , le plus sérieux élément de la rapidité des longues traversées, la sécurité du bâtiment exigeait impérieusement la présence, sur le pont, pendant la nuit, d'un très grand nombre d'hommes. Il était indispensable, en effet, de pouvoir parer à l'instant, par de promptes manœuvres, à ces surprises de la mer, à ces redoutables sautes de vent, à ces charges terribles des *grains* qui s'abattent sur la voilure avec une soudaineté parfois effrayante, couchent le navire ou le dématent. Pour cela, il faut des bras tout prêts; il en faut beaucoup; le salut d'un équipage ne saurait être à la merci de la lenteur d'un réveil : il y a place pour une catastrophe dans le laps de temps nécessaire pour que les matelots accourent de leurs postes de couchage à leur poste de manœuvre.

Une autre cause rendait nécessaire le maintien d'un nombreux effectif de quart. C'était les chances d'incendie sur les anciens bâtiments en bois. Une étincelle suffisait à mettre le feu dans ces vieilles coques imbibées de goudron et de peinture, farcies d'étoupe, et qui flambaient comme de l'amadou. D'où la nécessité de multiplier les rondes, de multiplier les factionnaires. Il est certain que le maintien du bon ordre et de la discipline entrent, pour une grande part, dans les consignes qui leur sont données; mais la préoccupation du feu perce à chaque instant dans le texte de ces consignes réglementaires, et jamais préoccupation ne fut plus légitime.

Aujourd'hui, plus de voiles, plus de manœuvres; une hélice tourne, un gouvernail s'incline; c'est tout. Un grain, une saute de vent, une bourraspue subite, toutes ces émouvantes péripéties des grandes mers, ne comptent pour ainsi dire pas. L'équipage entier sur le pont n'y ferait pas plus, d'ailleurs, qu'une douzaine d'hommes.

Aujourd'hui, la plus terrible des éventualités, la plus effroyable des craintes : le danger suprême du feu n'existe plus. Cet atroce souci qui était de tous les instants, cette responsabilité qui était un cauchemar ont disparu.

Le service de pure surveillance et la conduite du bâtiment (machine et route) exigent-ils qu'on maintienne encore debout, pendant la nuit, la moitié *du monde* au mouillage; le quart, à la mer.

C'est aux hommes techniques de décider, mais l'hygiène avait à appeler leur attention sur cette grave question. L'insuffisance de sommeil est, en effet, un des facteurs les plus actifs dans ce consensus d'influences qui traduisent leur incessant travail de destruction par cette *usure* si prompte et si caractéristique du marin.

III

Essayons d'indiquer maintenant sinon sur quelles bases, au moins dans quel sens devraient être établies les modifications dans le régime actuel du sommeil des matelots. On ne saurait, dans un service qui comporte de si multiples exigences, arriver à un résultat aussi satisfaisant que celui réalisé dans l'armée de terre. Mais peut-être n'est-il pas impossible d'appliquer à la marine, dans une certaine limite, le bénéfice des grandes règles qui semblent avoir présidé à la distribution du sommeil chez les soldats. Elles sont au nombre de trois :

1° Assurer la continuité du sommeil en réduisant le nombre des nuits de veille. Le Décret du 23 octobre 1883 exige six nuits de repos entre chaque veille.

2° Régler l'heure du lever d'après les saisons.

3° Ajouter, dans les pays chauds, le sommeil pendant le jour, la sieste, au sommeil de la nuit. C'est ainsi qu'en Algérie, pendant l'été, on bat la retraite à dix heures du matin et le réveil à deux heures du soir.

Sur ces trois règles il y en a deux dont l'application sur les navires ne saurait présenter de difficultés : ce sont les deux dernières.

Dans la marine, en été et en hiver, les heures du lever ne sont séparées que par une demi-heure de différence. On fait le *branle-bas* à 4 h. 45 en été et à 5 heures et demie en hiver. L'armée a mis plus d'élasticité dans son règlement. Les soldats se lèvent à 6 heures, de novembre à février; à 6 h. 30 de mars à octobre; à 5 heures de mai à août. Les équipages trouveraient profit à l'application de ce système qui n'a rien d'incompatible avec le service du bord.

Pour ce qui est de la sieste dans la journée, elle est infiniment plus utile dans la marine que partout ailleurs, puisque les neuf dixièmes des bâtiments naviguent dans les régions torrides du globe. On voit mal les raisons qui s'opposeraient irrémédiablement à ce qu'on identifiât les heures les plus dangereuses de la journée à des heures de nuit, pendant lesquelles une partie seulement de l'équipage veille. C'est un sujet d'étonnement que la marine n'ait pas, en cela, suivi l'exemple de sage sollicitude donné par l'armée.

Reste la question la plus importante et la plus difficile en même temps : dose et continuité du sommeil. La solution en demandera beaucoup d'efforts et probablement aussi le sacrifice de quelques vieilles pratiques qui n'ont de recommandable que leur ancienneté, de quelques traditions vénérées à l'égal de dogmes et vis-à-vis desquelles un doute émis scandalise comme un sacrilège. Quoi qu'il en soit, on ne saurait, à notre époque, prolonger un état de choses qui ne permet à des hommes, pendant trois nuits sur quatre, que de prendre, en deux fois, 6 heures de repos à peine.

La réduction, dans les limites du possible, du nombre des hommes employés la nuit sera-t-elle suffisante? Moins de factionnaires, moins de rondes... Mais ce n'est pas le lieu d'entrer dans le détail de ces mesures.

Par ailleurs, si la division actuelle des épuipages en bordées et divisions n'offre pas

assez d'élasticité, pourquoi n'en pas adopter une autre? Ne pourrait-on pas prendre, comme base d'une nouvelle répartition, le nombre des nuits qu'on voudrait laisser franches aux matelots?

Peut-être est-ce dans une modification du nombre et de la durée des « quarts » ou dans une combinaison de ces diverses réformes qu'on trouvera le moyen de concilier enfin les exigences du métier et le souci du bien-être et de la santé de tant hommes tout particulièrement intéressants et recommandables.

Encore une fois, ce n'est pas ici qu'on peut discuter ces modes d'application du principe. Il suffisait de le poser et d'en faire ressortir l'urgence.

La circulaire ministérielle à laquelle nous faisions allusion plus haut prouve que cette urgence est désormais admise; en l'écrivant, le ministre a donné la preuve de sa haute bienveillance à l'égard des matelots. Jamais cette bienveillance n'aura eu plus utile occasion de s'exercer. Il faut seulement qu'elle élargisse encore le cercle de son action et qu'elle étende ses effets sur le service à la mer comme sur le service au mouillage.

Le testicule tuberculeux devant les conseils de revision,

Par le docteur Notta, membre correspondant de l'Académie de médecine

Spectateur passif d'un fait dont la gravité ne saurait être méconnue, je crois de mon devoir de le signaler au corps médical en général, et en particuliers aux médecins militaires chargés de l'examen des conscrits dans les conseils de revision.

Voici le fait : nous en discuterons ensuite les conséquences.

Au mois d'avril 1890, je fus consulté par M. X... pour son fils, âgé de 18 ans. Ce jeune homme grand, bien développé, un peu pâle, mou, lymphatique, a le testicule droit, farci de tubercules, le cordon présente quelques petites nodosités, peu marquées, du reste. Au toucher rectal, on sent la vésicule séminale correspondante un peu dure et bosselée. Rien dans la poitrine à l'auscultation et à la percussion.

Je proposai l'ablation de l'organe malade, mais auparavant je conseillai de prendre l'avis de M. Reclus, si compétent en pareille matière.

Je transcris textuellement la réponse de M. Reclus : « Je suis absolument de votre « avis : épididymite et orchite tuberculeuses; bien que je trouve aussi une induration « manifeste de la vésicule séminale droite, je suis d'avis d'enlever ce testicule absolu- « ment perdu, et dont la suppuration intarissable ne pourrait qu'affaiblir et assombrir « le malade. »

Quelques jours après j'enlevai le testicule; la guérison de la plaie opératoire fut rapide, mais le malade fut soumis pendant les années qui suivirent à l'usage de l'huile de foie de morue à haute dose que l'on alternait avec des pilules d'iodoforme; quinquina, régime très tonique; exercice au grand air, et, en un mot, les soins les plus minutieux et les plus efficaces pour tâcher de modifier sa constitution.

Sous l'influence de ce traitement, la santé se raffermit, aucun nouvel accident tuberculeux ne se produisit, le développement physique fut des plus satisfaisant, bien que le sujet restât mou, sans résistance à la fatigue; lorsqu'il se présenta au conseil de revision, muni d'un certificat relatant la maladie pour laquelle le testicule avait été enlevé, ce grand et beau garçon fut considéré comme guéri et bon pour le service militaire.

Je n'ai nullement l'intention d'incriminer ici la sentence du chirurgien militaire qui trouva, du reste, sa justification jusqu'à un certain point dans le texte même de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire. B O P R, 1890, n° 18.

Article 221.

« La perte des deux testicules, par suite d'opération ou d'accident, l'atrophie de ces

« deux organes acquise ou congénitale portée à un haut degré entraînent l'exemption.

« *La perte* ou l'atrophie d'un testicule l'autre restant sain est compatible avec le ser-« vice militaire. »

C'est seulement depuis 1890 que l'on a ajouté *la perte* avant le mot atrophie, et l'on a eu le tort grave de ne pas préciser les circonstances dans lesquelles la perte du testicule s'est produite. En effet, on conçoit très bien que la perte d'un testicule enlevé à la suite d'un traumatisme, n'ait aucune influence sur la santé générale et ne constitue pas un cas d'exemption : Mais bien différente est la perte de cet organe pour une lésion tuberculeuse, et, du reste, le ou les rédacteurs de cette instruction se rendaient si bien compte de la gravité de l'affection tuberculeuse qu'ils écrivaient :

« Article 223.

« Les orchites chroniques, tuberculeuses, syphilitiques rendent inapte au service mili-« taire. »

D'où il résulte que si les circonstances avaient permis à ce jeune homme de se présenter au conseil de revision avant son opération, il eût été réformé, et qu'il ne l'a pas été parce qu'il a subi l'ablation de son testicule malade.

Mais, dira-t-on, il est guéri ? peut-être. Je veux l'espérer, mais cette guérison n'est-elle point encore bien fragile, et pour s'affirmer n'a-t-elle pas encore besoin de grands ménagements, de conditions hygiéniques spéciales ?

Est-elle déjà assez bien établie pour que les fatigues de la vie militaire ne viennent pas la compromettre ? On sait ce qu'il faut de temps et de soins pour se débarrasser de cette tunique de Nessus qui s'appelle une diathèse. On y arrive quelquefois, mais au prix de quelle persévérance ! Enfin, je le demande, quelles seraient les angoisses d'un médecin dont le fils partirait dans de semblables conditions.

Il y a évidemment une lacune dans les instructions du service de santé et j'espère qu'il suffira de la signaler pour la voir disparaître.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 avril 1893. — Présidence de M. Ferrand.

Fièvre typhoïde sans dothiénentérie.

M. du Cazal (du Val-de-Grâce) rapporte l'observation d'un malade qui entra à l'hôpital avec des symptômes évidents de fièvre typhoïde : céphalalgie, épistaxis, bourdonnements d'oreilles, ballonnement du ventre et taches rosées lenticulaires très confluentes. Mais ce malade n'avait ni diarrhée ni douleur dans la fosse iliaque droite. Au quinzième jour de sa maladie, il eut une pneumonie gauche, puis une pneumonie droite, et il mourut cinq jours après. Comme il avait eu une plaie de la main, on pensait que cette plaie avait été le point de départ d'une infection générale terminée par une détermination pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva la rate hypertrophiée, et les deux pneumonies que l'examen clinique avait révélées. L'inspection la plus minutieuse de l'intestin montra qu'il était absolument sain. Il s'agissait donc d'une fièvre typhoïde sans lésions intestinales, sans dothiénentérie. L'examen bactériologique de la rate démontra, en effet, dans cet organe, la présence à l'état pur du bacille typhique. Ce bacille était très virulent, puisque, inoculé à des animaux, il les tua en trois jours.

Le malade était donc atteint d'une véritable *septicémie typhique*. La dothiénentérie n'est pas absolument toujours l'expression de l'infection typhique. On sait d'ailleurs que le bacille d'Eberth peut produire, outre la dothiénentérie : chez l'un, une méningite ; chez l'autre, une pleurésie, etc. Le fait de M. du Cazal démontre qu'il peut agir à la manière des septicémies sans détermindr aucune lésion d'organe.

M. Chantemesse fait remarquer que l'observation de M. du Cazal démontre que la présence des taches rosées est une réaction caractéristique de l'infection typhique. Jamais on n'en observe dans l'infection par le bactérium-coli et commune.

Typhus exanthématique

M. Bourcy revient sur les deux observations de typhus exanthématiques qu'il a présentées dans la dernière séance.

Dans les deux cas, les principaux symptômes ont été les suivants : début brusque haute élévation thermique; injections de la face et des conjonctives ; absence de signes abdominaux; constipation; éruption précoce très confluente à tendance hémorrhagique; période nerveuse aboutissant dans un cas à un coma rapidement mortel, et dans l'autre à une dépression thermique, semblant en discordance avec la persistance du mauvais état général mais terminée par une guérison sans convalescence; enfin, surtout, renseignements négatifs de l'autopsie et des recherches bactériologiques.

M. Comby fait une communication sur le typhus exanthématique que nous avons donnée *in extenso* en tête de notre numéro.

M. Roger a observé cinq cas de typhus exanthématique; dans trois de ces cas, il y avait de l'albumine et de l'indican dans les urines. M. Roger a noté aussi des accidents du côté du myocarde.

M. Thibierge donne les observations de quelques malades qu'il soigne dans le service d'isolement à l'Hôtel-Dieu annexe. Les symptômes observés sont ceux que tous les auteurs ont déjà signalés. Les malades de M. Thibierge sont au nombre de 19.

M. Rendu a observé trois cas à l'hôpital Necker, mais il n'a suivi qu'un seul malade jusqu'à sa mort ; les deux autres ont été envoyés à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Thibierge.

Chez le premier, du sang pris pendant la vie et ensemencé sur différents milieux de culture ne donna rien ; le résultat fut négatif aussi avec du sang pris après la mort dans le ventricule droit et avec de la pulpe de rate. Le bacille typhique n'existait pas dans cet organe.

M. Huchard a observé un cas qui fut diagnostiqué d'abord fièvre typhoïde anormale ou grippe infectieuses ; il y eut une éruption de taches confluentes. Il s'agissait d'un cas de typhus exanthématique. L'autopsie ne révéla aucune lésion intestinale.

Ce malade avait passé par le Dépôt.

Endocardite infectieuse

M. Huchard présente le cœur d'une malade morte récemment dans son service d'une pneumonie compliquée d'endocardite infectieuse.

Les lésions occupent surtout l'orifice aortique,

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SESSION ANNUELLE

Présidence de M. Lailler.

Gangrène symétrique chez un enfant de quinze mois.

M. Mendel présente une petite fille de quinze mois qui, depuis l'âge de neuf mois, est atteinte de gangrène symétrique des extrémités. La gangrène s'est produite sur les

orteils, au dos de la main, à la joue. L'examen de l'enfant montre que tous les organes sont sains; l'urine ne renferme ni sucre ni albumine.

La pathogénie de ce cas est très obscure; peut-être même, comme l'a supposé Campbell William, peut-on admettre l'existence d'un microbe spécifique pouvant envahir des organismes déjà infectés ou même encore sains.

Le traitement des teignes par le collodion iodé.

M. Butte vante le collodion iodé dans la teigne tondante; il est moins efficace dans les formes achromateuses et décolorantes.

On applique sur les plaques, et dans une étendue de 1 centimètre au moins du pourtour, plusieurs couches de la solution suivante :

Alcool à 95°........................	12 grammes.
Iode métallique	0 gr. 75

Faire dissoudre et ajouter :

Collodion............................	35 grammes.
Térébenthine de Vanne................	1 gr. 50
Huile de ricin.......................	3 grammes.

L'application doit être quotidienne pendant trois ou quatre jours. Quinze jours plus tard, on enlève le placard et on lave la plaque avec une solution de sublimé à 1/500. Les solutions parasiticides qu'il faut alors employer ont une action plus rapide et plus efficace.

Les favus.

M. Bodin a pu isoler jusqu'à sept espèces différentes de favus de l'homme. L'extrême pluralité des favus est très analogue à la multiplicité des trichophytons. Il est très probable que ces divers parasites peuvent exister dans la nature à l'état indépendant, et que l'inoculation à l'homme, en dehors des cas de contagion, se produit individuellement.

M. Sabrozès, dans 17 cas de favus humain, a isolé un seul et même champignon pathogène que l'on peut facilement inoculer à la femme; ce dernier résultat est obtenu même après un seul passage sur la souris. Les produits fournissent des cultures cinq mois encore après leur ablation, et leurs reprises sont plus durables que celles des milieux artificiels, ce qui est intéressant au point de vue prophylactique.

La teigne des poules est un favus et le champignon est distinct de celui du favus du chien.

M. Sabojès a provoqué, chez les lapins des pseudo-tuberculoses faviques en faisant des injections intra-veineuses et intra-péritonéales de cultures de l'achorion Schœnleinii.

Les alopécies atrophiques

A la suite d'une intéressante communication de M. Dubreuilh, relative aux alopécies atrophiques, M. Besnier conseille d'employer, pour ces lésions, la dénomination d'alopécies incriminées, cicatricielles ou pseudo-cicatricielles.

Dans la pelade vraie, il y a des alopécies qui simulent les alopécies cicatricielles, et dans lesquelles la repullulation du poil se fait en entier. Le principal traitement consiste à limiter la lésion par l'épilation méthodique en maintenant autour de la partie épilée un cercle de cheveux tondus.

Le psoriasis

M. Meneau divise le psoriasis unguéal en trois catégories : 1° ou bien les ongles tom-

bent pendant ou après une attaque de psoriasis unguéal aiguë; 2° ou bien le psoriasis des ongles survient secondairement dans les formes invétérées et chroniques du psoriasis; 3° ou bien enfin il est primitif et reste limité.

MM. Cazeneuve et Rollet préconisent pour le traitement du psoriasis l'emploi du gallanol, qui a les mêmes propriétés que l'acide pyrogallique, mais n'en présente pas les inconvénients. On l'emploie en poudre après décapage au savon noir, ou en solution dans l'alcool ou encore en pommade.

M. Jullien fait une communication sur le diagnostic et le traitement de la syphilis pulmonaire que nous donnerons *in extenso* dans le prochain numéro.

BIBLIOTHÈQUE

Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon : **Asepsie et antisepsie chirurgicales**, par MM. Terrillon professeur agrégé à la Faculté de médecine et H. Chaput, chirurgien des hôpitaux de Paris. — O. Doin. Un volume in-18 jésus de 200 pages, relié.

La Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon, vient de faire son entrée dans la presse médicale sous forme d'un charmant petit volume dont la reliure coquette va faire pâlir la série des petits habits noirs de la librairie Rueff.

Il appartenait à deux chirurgiens d'ouvrir cette publication. C'est ce que viennent de faire MM. Terrillon et Chaput avec *Asepsie et antisepsie chirurgicales*.

Comme le disent les auteurs dans leur préface, le livre qu'ils soumettent au public est essentiellement personnel et pratique. Ils se sont bornés à indiquer les méthodes et les procédés employés depuis plusieurs années à la Salpêtrière et les précautions opératoires qu'ils recommandent ont l'énorme avantage d'avoir pour elles l'épreuve de l'expérience. On n'a, du reste, qu'à parcourir ce volume pour voir qu'il est en quelque sorte *vécu*, si j'ose employer une expression banale, mais qui montre bien que chaque chose écrite est de pratique courante pour celui qui l'expose.

La première partie traite des généralités sur l'antisepsie et étudie les substances antiseptiques, la désinfection des mains, l'antisepsie du champ opératoire, la stérilisation des instruments et du matériel chirurgical.

Nous employons, comme les auteurs, tour à tour, le mot désinfection et stérilisation; c'est qu'en effet ces chirurgiens recommandent et emploient l'*antisepsie mixte*, c'est-à-dire l'antisepsie avant l'acte opératoire et l'asepsie pendant l'intervention.

La deuxième partie étudie les opérations antiseptiques et passe en revue la technique des laparotomies, des opérations de chirurgie générale, des opérations gynécologiques et même de l'accouchement, sans oublier les interventions sur les voies urinaires et sur l'intestin. Enfin, le volume se termine par quelques courtes considérations sur l'antisepsie en chirurgie de guerre.

Comme on le voit, les auteurs n'ont pas omis un seul point pouvant intéresser leur sujet, ils ont même fait mieux, ils ont réussi à faire clair et pratique pour le plus grand bien des chirurgiens et de leurs malades. — E. R.

COURRIER

Le choléra en Bretagne. — Le choléra règne à Lorient depuis près de six mois. Il y a été importé du Havre au mois de septembre dernier. A cette époque, il y en a eu 700 cas dont 200 ont été suivis de mort ; puis la maladie a paru s'éteindre. Elle a repris une intensité nouvelle au mois de mars, et depuis il y a eu 500 cas et 200 décès. En ce moment, on en signale encore quelques cas isolés, à Lorient, à Plouhinec, à Garres, à Auray, à Belz. Il y a eu également deux décès rapides à l'asile des aliénés de Quimper. On dispose le lazaret de l'île Trébéron, situé en rade de Brest, pour recevoir les détachements de marins qui doivent arriver de Lorient.

— Une commission a été nommée par l'*Association de la Presse Médicale* dans le but de présenter au rapporteur de la loi sur les patentes, à la Chambre des députés, les objections émises par l'unanimité des membres présents de l'Association contre l'aggravation proposée pour la patente des médecins. Cette commission se compose de MM. Chevallereau, de Ranse, Cézilly, Lereboullet et Marcel Baudouin.

— *Le Comité central italien* du XIe Congrès international de Rome a décidé de consacrer une partie des séances de la section d'hygiène à une discussion sur le *Traitement du choléra et les mesures quarantenaires.*

Le gouvernement des Indes a nommé une commission spéciale, chargée de présenter un rapport sur ces questions au Congrès de Rome. M. le professeur Cunningham, qui étudie en ce moment aux Indes le choléra dans son lieu d'origine, a été nommé président de cette commission.

De l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires. — Le ministre de la guerre, en réponse au président de l'Union des Syndicats médicaux de France, a pris la décision suivante en date du 30 mars 1893 : « La pratique civile de la clientèle n'est compatible avec la situation des médecins militaires et avec leurs devoirs envers l'armée que si elle est désintéressée et gratuite, le médecin militaire devant se borner, en principe, à donner son concours à ses confrères civils, sans jamais leur faire une concurrence indigne de la qualité d'officier et nuisible aux intérêts moraux de la médecine d'armée. MM. les directeurs du service de santé, les médecins chefs, les chefs de corps et de service tiendront strictement la main à ce qu'aucun des officiers du corps de santé ne paye patente et ne tienne un cabinet de consultations !!! »

— M. Marie, médecin du Bureau central, est nommé médecin à l'hôpital Debrousse.

— Les électeurs de Saint-Quentin ont résolu, paraît-il, d'offrir au professeur Brouardel la candidature à la place de député laissée vacante par la mort de M. Desjardins.

— Le professeur Aretaros, d'Athènes, qui vient de mourir, a laissé un million pour la fondation d'un hôpital de chirurgie.

Le nombre des médecins pourvus de diplômes français et exerçant en Alsace-Lorraine va en diminuant rapidement. D'après un journal allemand, il n'y aurait plus que 105 médecins diplômés par la France et il en existerait 513 diplômés par l'empire allemand.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Diagnostic et traitement de la syphilis pulmonaire

Par le docteur Louis Jullien, chirurgien de Saint-Lazare.

On a beaucoup écrit sur la syphilis pulmonaire, et les principaux traits de cette grave manifestation sont aujourd'hui assez bien connus. Pourquoi donc, cependant, les erreurs dont elle est l'occasion sont-elles si difficilement évitées? Malgré la connaissance des antécédents, la coexistence même d'accidents de caractère indiscutable, la plupart des cas se présentent avec un tel cortège de symptômes trompeurs que le doute sur leur nature ne vient même pas à l'esprit, et on peut dire que c'est une des maladies les plus rarement diagnostiquées. Dans ses formes bénignes, elle est confondue avec les bronchites chroniques et l'emphysème ; grave et destructive, on l'englobe parmi les diverses formes de la phtisie bacillaire. En dépit de la disconvenance des thérapeutiques, cette pseudo-tuberculose surprend un temps par la clémence du processus et la lenteur des déterminations, mais c'est généralement pour aboutir au décours ultime des phtisies. Or, ces cas étaient susceptibles de guérison, tout au moins de grande amélioration, d'atermoiement, de durée. L'exemple que je vais rapporter servira, je pense, de preuve à cette assertion.

Une malheureuse phtisique de 46 ans, Mme O.., se présente à mon observation en février 1890; elle vient me prier de la guérir d'ulcérations et de tumeurs qui endolorissent et entravent sa jambe droite depuis un an. Elle est accompagnée de ses deux filles, grandes et belles femmes, qui jouissent de la plus parfaite santé. La nature des ulcérations ne fait aucun doute, l'une d'elles, la plus importante, tient à une gomme du tibia, on sent par dessous l'os gonflé et entamé. J'apprends que cette dame a été mariée deux fois, qu'après avoir eu trois enfants bien constitués, elle a contracté en 1880 une union dont la durée fut fort courte, son mari ayant succombé au bout d'un an avec des boutons et des ulcères. Il était dès lors facile de reconstituer l'histoire d'une syphilis ignorée jusque-là et vieille de dix ans.

Poursuivant mon enquête sur la santé générale, je fus frappé de sa grande altération, de l'état de consomption, de cachexie profonde. Mme O... pèse 48 kilog., elle est maigre et d'une pâleur de cire. Depuis plusieurs mois, elle a vu ses forces décroître, la fièvre est constante avec exaspération vers le soir et sueurs profuses la nuit; la respiration est difficile, courte, haletante, la toux presque continue. L'expectoration élimine incessamment de grosses masses purulentes épaisses, jaune-verdâtre. Pour l'exploration pulmonaire, je fis appel à la grande expérience de mon ami le docteur Josias, que je suis heureux de remercier ici; son oreille vint à mon aide, comme sa compétence de clinicien en confirmation de mes déductions de spécialiste, et voici ce que nous pûmes constater : *En arrière et à gauche*, matité dans les fosses sus et sous-épineuses, diminution de la sonorité dans les deux tiers inférieurs; à la partie interne de la fosse sus-épineuse, râles sous-crépitants, fins; çà et là, de haut en bas et sur toute la ligne vertébrale, nombreux râles crépitants et sous-crépitants, se modifiant sous l'influence de la toux; respiration rugueuse, vibrations thoraciques augmentées: *à droite*, submatité dans la fosse sus-épineuse, respiration puérile. *En avant et à gauche*, matité de haut en bas, craque-

ments secs et humides sous la clavicule, nombreux, respiration cavernuleuse, retentissement de la voix; ça et là, râles sous-crépitants; *à droite*, sonorité et respiration puérile.

La conclusion de cet examen se tire d'elle-même : phymatose chronique pulmonaire, phtisie évidente avec tous les caractères de la phtisie tuberculeuse, indurations, ramollissement, ulcérations du parenchyme, envahissement de l'organe respiratoire par la purulence, c'est-à-dire pronostic funeste à brève échéance. Cette conclusion qui s'imposait à notre esprit, malgré tout ce que nous savions de spécial sur cette malade, nous voulûmes l'asseoir sur l'examen bactériologique, en recherchant la présence du bacille de Koch ; nous ne doutions pas de l'y rencontrer, et tous deux, séparément, nous commençâmes nos examens.

Ces examens, c'est à plus de vingt reprises que nous les avons renouvelés, et, constamment, ils restèrent négatifs. Nous trouvions seulement en quantité prodigieuse microcoques, diplocoques et streptocoques. Dans un esprit de doute hautement scientifique, et poussant l'investigation à ses dernieres limites, Josias voulut recourir au contrôle suprême de l'expérimentation. Divers animaux reçurent des inoculations de l'expectorat, mais s'ils succombèrent à des abcès septiques, pas un ne devint tuberculeux.

Il fallait se rendre, nier l'évidence, proclamer l'identité de nature entre les accidents pulmonaires et les manifestations périphériques, providentielles, puisque tout de même elles nous ouvraient les yeux et allaient nous conduire à accentuer la thérapeutique libératrice déjà instituée. En effet, comme sur la peau, comme dans les os, force nous était d'admettre dans la poitrine l'infiltration gommeuse, le ramollissement, les fontes de tissu, les pertes e substance, les ulcérations et les cavernes suppurantes, c'est-à-dire un double processus d'infection mixte par les produits spécifiques syphilomateux et les organismes pathogènes ordinaires de la suppuration.

Enfin, j'ajouterai que Mme O... présentait, en outre, une dyspepsie très accusée, avec dilatation de l'estomac et clapotement sonore, accident dont j'ai naguère signalé l'extraordinaire fréquence chez nos malades tertiaires.

Pour correspondre à ces multiples indications, le traitement chercha d'abord le relèvement de l'état général (toniques, phosphates, coca, quinquina, quelques alcooliques, régime surveillé), puis la décongestion et l'antisepsie broncho-pulmonaires (révulsifs répétés sur le thorax soit avec des pointes de feu, soit avec des applications d'acide phénique pur, iodoforme à l'intérieur et, pendant un certain temps, injections sous-cutanées d'eucalyptol). Pour ce qui est du traitement spécifique, il ne fallait pas songer, vu la mégalogastrie, à utiliser l'ingestion stomacale, et, l'eussions-nous pu, je n'y aurais pas eu recours, car l'expérience m'a appris qu'en ces sortes de cas, contre ces lésions tertiaires tardives, aucun mode de médication ne peut rivaliser avec cette injection de calomel que l'on a tant décriée. En même temps, je faisais prendre l'iodure de potassium en lavement dans du lait. Je réalisais ainsi un type idéal du traitement mixte, et je profiterai de cette occasion pour déclarer ici, contrairement à l'assertion de quelques-uns, que je n'ai jamais observé le indre nconvénient à la suite de cette association, et que rien n'autorise à penser que, sous l'influence de l'administration des iodures, le foyer calomélique se transforme partiellement ou en totalité en un amas d'iodure mercurique irritant et même caustique. En terminant l'énoncé de ce programme curatif, je tiens bien à dire que, étant donné la gravité des lésions, nous ne pouvions songer à guérir cette malade, notre unique but pouvait être de l'empêcher de mourir à court délai.

Une chose remarquable, c'est que cette cachectique ne fut nullement éprouvée par un traitement que l'on tient pour si rigoureux, par ce *remède de cheval*, comme l'a dit un

professeur étranger. Il est vrai que je le tempérai suivant les résistances, puisque, en deux ans, du 6 février 1890 au 21 mars 1092, je ne fis que six injections. Quoi qu'il en soit, en moins d'un mois, les accidents superficiels avaient disparu et les symptômes pulmonaires entraient en voie d'amélioration marquée, et, pour tout dire, résultat qui peut passer pour invraisemblable; aujourd'hui, trois années se sont écoulées et notre malade vit encore.

Ce n'est pas qu'elle n'ait passé par beaucoup de vicissitudes. Elle eut des recrudescences avec hémoptysies, toux, douleur, oppression, mais elle traversa aussi des périodes de bonne santé, puisque, à la date de juillet 1890, après six mois de soins, je lis dans mes notes : « Les quintes ont cessé, un vif appétit est revenu, la malade s'engraisse, prend bonne mine. » L'amélioration était telle que, pendant sept mois, mon cabinet fut déserté, malgré mes avertissements, et que je restai sans nouvelles jusqu'au 26 février 1891. A cette époque, les accidents venaient de reparaître. Le traitement fut repris, deux injections de Scarenzio furent pratiquées avec grand soulagement, et, l'été venu, la malade partit pour la campagne en fort bon état. En octobre 1891, le poids était remonté de 48 kil. à 60 kil., soit 12 kil. de bénéfice en vingt et un mois.

L'hiver ramenait invariablement l'aggravation, la pâleur, la faiblesse et, plus récemment, des douleurs thoraco-pariétales très violentes, dues sans doute à ces névrites intercostales si fréquentes chez les tuberculeux, et aussi peut-être, suivant l'hypothèse de Josias, à l'infiltration du sternum et des vertèbres dorsales par des produits inflammatoires spéciaux. Mais, en somme, cet équilibre vital si instable se prolongeait avec un état général satisfaisant, malgré une anémie excessive.

A la date du 14 mars 1892, l'examen de la poitrine donne les résultats suivants : Pas d'émaciation notable, les espaces intercostaux ne sont pas effacés. *En arrière et à gauche*, matité dans le tiers supérieur, quelques râles sous-crépitants; à la base, nombreux râles sous-crépitants; *à droite*, matité au tiers supérieur, quelques rares râles sous-crépitants, respiration affaiblie. *En avant et à gauche*, matité douloureuse occupant la moitié supérieure, râles sous-crépitants multiples, gargouillement vers le tiers supérieurs; dans la région sous-claviculaire, respiration caverneuse, pas de souffle dans les autres points; *à droite*, sonorité de haut en bas, respiration facile. Les urines offrent les caractères normaux avec densité 1023 ; résidu fixe, 44 grammes; urée, 27 grammes; acide urique, 47 centigrammes; chlorure 8 gr. 50; acide phosphopique, 2 gr. 62; relevons cependant des traces d'albumine indosables. A constater les nuances qui séparent des précédents les résultats de l'auscultation, n'était-on pas tenté de croire que le phagédénisme pulmonaire avait subi un temps d'arrêt, que la sclérose, avec ses bronchectasies, avec ses indurations, ses cicatrices, ses cavernules, avait pris la place de processus ulcératifs qui avaient paru caractériser le mal à son début?

L'été 1892 ne fut pas moins bon que les précédents; mais, vers la fin d'août, Mme O... fut prise d'évanouissements inquiétants; la faiblesse et l'anémie se prononcèrent en septembre et octobre; des hémoptysies abondantes reparurent en novembre et présentèrent une telle gravité que, une fois encore, l'issue fatale parut imminente. Convaincu que les spécifiques ne pouvaient pas grand'chose contre une débilité qui allait croissant, je recourus aux injections séquardiennes, et ne tardai pas à constater leur réel pouvoir reconstituant; 31 grammes furent injectés en décembre, 28 grammes en janvier, et l'état général se métamorphosa, l'agonisante put quitter son lit, participer à la vie commune et même tenter quelques promenades par les jours de froid sec. Ce fut comme une résurrection : les forces revinrent, les joues se colorèrent, en même temps que disparaissaient tristesse et découragement. Ralenti en février (12 grammes) en raison de cette amélioration même, je portai de nouveau le traitement à la dose de 30 grammes en

mars dernier, avec les mêmes bons effets. Je ne veux point cependant omettre de signaler un fâcheux incident, la 94e piqûre donna lieu à un petit phlegmon rétro-trochantérien précédé de quelques jours de fièvre et de symptômes généraux; j'en fis l'ouverture le 2 avril, et la guérison en est complète aujourd'hui. Je n'interrompis pas pour cela l'administration du suc bienfaisant, je la modifiai seulement en m'inspirant des travaux de Condamin (de Lyon) sur la substitution des injections intra-rectales de morphine aux injections sous-cutanés, je fis construire une petite canule rectale que j'adaptai à la seringue de Pravaz de 5 grammes dont je me sers habituellement, et j'assurai sans risque la continuation des mêmes bons effets.

J'arrive à la fin de cette longue odyssée, trop longue assurément, mais en vérité elle n'est intéressante que par sa longueur, elle montre qu'en face des phtisies les moins équivoques en apparence, la recherche bactériologique peut rendre des services et guider vers la vérité, partant vers l'efficacité thérapeutique. On me dira que dans le cas de Mme O..., l'accident extérieur tangible était plus que suffisant pour éclairer le diagnostic, mais cet accident aurait pu manquer, ou ayant existé, être guéri à l'époque de notre examen, et la pneumopathie n'en eût pas moins été spécifique, c'est-à-dire justiciable du mercure et de l'iodure, il manque peut-être dans les trois quarts des cas, et il n'est pas alors de signe clinique qui puisse venir en aide pour éviter une méprise, surtout dans les cas de syphilis *insontium*; le microscope seul met infailliblement dans la bonne voie, et apprend alors à ne pas désespérer des malades les plus compromis.

Ce fait me semble encore démontrer, une fois de plus, l'innocuité de la méthode à laquelle Scarewzis et Smirnoff ont attaché leur double renom, et sa particulière vertu dans la phase tertiaire.

Enfin, j'insisterai sur le grand parti que notre spécialité peut et doit tirer de la méthode sequardienne. Mon observation répond un peu aux sceptiques attardés qui persistent à ne voir dans ses injections qu'une efficacité de suggestion, car ma malade en ignorait et l'origine et la composition au moment où elle leur devait le renouveau de sa santé.

REVUE DE L'HYGIENE

Typhus exanthématique. — Au cours de la séance du Conseil d'hygiène dont il a été rendu un compte sommaire dans le dernier numéro, M. Léon Faucher a fait une communication sur l'épidémie de typhus de Lille.

La maladie y a éclaté, le 23 janvier, dans la prison de la ville, où il règne en tout temps un encombrement dangereux. Elle a été construite pour contenir 300 détenus, et, au moment où le typhus s'y est montré, elle en renfermait 740. La petite épidémie a traversé deux périodes séparées par un intervalle pendant lequel on a pu croire qu'elle était terminée. Il y a eu 12 cas pendant la première et 14 pendant la seconde. Le nombre des décès n'a pas dépassé 6, soit 21 p. 100. A Paris, jusqu'ici, la mortalité est de 37 p. 100. Toutes les précautions ont été prises à Lille. La prison a été évacuée en partie, puis désinfectée, les malades ont été dirigés sur l'hôpital et y ont été convenablement isolés; le régime des prisonniers a été amélioré. La commission des hospices, en un mot, a parfaitement rempli son devoir. Il n'en reste pas moins établi que le typhus a régné à Lille du 23 février au 10 mars, c'est-à-dire pendant 46 jours, sans que personne en ait rien su à Paris, que l'apparition du typhus a surpris tout le monde et qu'on a pris les premiers cas pour des fièvres typhoïdes ou pour des grippes. Il n'en est

pas moins certain que les gens sortis de la prison évacuée sont allés semer le typhus dans les villes voisines, où il règne maintenant, sans qu'elles aient pu se prémunir contre cette invasion puisqu'elles n'étaient pas prévenues.

Pour éviter que pareille chose se reproduise, le Conseil, sur la proposition de M. Levrault et de M. A. Gautier, a émis, à l'unanimité, les deux vœux suivants :

1° Que tous les Conseils d'hygiène, et en première ligne celui du département de la Seine, soient immédiatement prévenus, par le ministère de l'intérieur, lorsqu'il survient une épidémie sur un point quelconque de la France.

2° Qu'en temps d'épidémie, les établissements publics envahis n'opèrent aucune évacuation sans que les personnes qui en sont l'objet n'ait été préalablement désinfectées ainsi que leurs effets.

Epidémie de trichinose en Belgique. — Une circulaire ministérielle signale, en Belgique, l'apparition de la *trichinose* à Herstal et dans les environs. Il y a eu jusqu'ici 35 cas et 13 décès. L'enquête a établi que le porc qui a causé cette épidémie provenait d'une localité du Limbourg. C'était donc un porc allemand, et on sait, en effet, que c'est le pays de la *trichine*. Toutes les personnes atteintes avaient mangé de ce porc sous forme de saucisses dont la chair avait une couleur rosée, et qui n'avaient pas été suffisamment cuites.

La circulaire belge rappelle que les trichines sont tués par la cuisson ; qu'il faut pousser la température à 75 degrés au moins, que la durée de l'ébullition de la chair de porc préalablement incisée, doit être prolongée pendant un temps calculé en raison d'une heure par kilogramme et que l'action du feu, pour la viande rôtie ou grillée, doit être continuée jusqu'à ce qu'il ne s'écoule pas de jus rosé lorsqu'on découpe la partie la plus épaisse de la pièce ; qu'il ne faut jamais introduire de viande de porc crue dans des préparations qui ne sont pas destinées à subir le degré de cuisson indiqué plus haut. (*Journal des connaissances médicales*, numéro du 13 avril 1893, p. 114.)

La prostitution et la syphilis en Italie. — On sait qu'en France nombre de gens s'élèvent contre les mesures de police relatives à la surveillance de la prostitution. Elles leur paraissent un attentat à la liberté individuelle, et ils réclament, u nom de celle-ci, le libre échange des maladie vénériennes. Or, l'expérience vient d'en être faite en Italie. La réglementation relative à la prostitution a été supprimée dans toutes les villes du royaume, à partir du 10 juillet 1888. Depuis cette époque, le nombre des hommes en traitement dans les hôpitaux pour cause de syphilis a doublé, tandis que celui des femmes est devenu dix fois moindre. D'un autre côté, le chiffre des accouchées et des enfants syphilitiques a quadruplé. (*Journal des connaissances médicales*, 13 avril 1893, p. 114.)

Abatage des animaux selon le rite juif. — L'hygiène alimentaire nous fournit encore un fait divers qui a son importance. On sait que les Israélites ne peuvent manger que la viande du bétail abattu par un de leurs coreligionnaires. L'animal doit être sacrifié par la section instantanée de tous les gros vaisseaux du cou, de façon à ce qu'il meure d'hémorrhagie et que la chair soit exsangue. Partout, en France, les Israélites se conforment à ce rite, sans que personne y trouve à redire. A l'abattoir de la Villette, ils ont leur échaudoir spécial, et l'on montre aux visiteurs le grand couteau à large lame, au tranchant effilé, qui sert à ces sacrifices. Il paraît qu'il n'en est pas de même en Suisse, et, le 27 mars dernier, il s'est élevé à ce sujet un grand débat au Conseil national ; 84,000 pétitionnaires réclamaient la revision de l'article de la Constitution qui interdit ce mode d'abatage. Le Conseil fédéral s'est prononcé contre la prétention des pétitionnaires, mais la commission du Conseil national leur donne raison. Les com-

munautés israélites sont en émoi; elles soutiennent que le mode d'abatage est un dogme intangible et menacent d'établir leurs boucheries hors de la frontière. (*Le Temps*, supplément du 28 mars 1895.)

Intoxication saturnine par la braise chimique. — Au cours de la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, M. Dujardin-Beaumetz a rendu compte à ses collègues d'un cas de paralysie saturnine des plus graves qu'il a observé chez une femme entrée depuis quelques jours dans son service et qui a contracté cette maladie dans une fabrique de *braise chimique*. On désigne sous ce nom, dans le commerce, un charbon spécial qu'on rend plus combustible en le traitant par un nitrate et qui sert d'*allume-feu*. C'est du nitrate de soude ou de potasse qu'on doit employer à cet effet; mais les industriels trouvent plus avantageux de se servir de nitrate de plomb parce qu'il est plus lourd et qu'il augmente le poids du produit. Les ouvriers qui se livrent à cette fabrication sont, le plus souvent, atteints d'intoxication saturnine. Il y a eu parfois de petites épidémies. M. Dujardin-Beaumetz, en terminant sa communication, a émis l'avis qu'il y aurait lieu d'interdire cette industrie dangereuse.

La crémation en France et en Angleterre. — La Société française pour la propagation de la crémation a tenu, le 18 mars dernier, sa douzième assemblée générale, à l'hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. le docteur Bourneville. Le secrétaire général de la Société, M. Salomon, a rendu compte des progrès faits à l'étranger par le nouveau mode de destruction des corps, et il a constaté que, partout, les incinérations se multipliaient de la façon la plus satisfaisante pour ceux qui en sont partisans. M. Bourneville a complété cet exposé par le compte rendu des crémations faites au Père-Lachaise en 1892, Il y en a eu 159 à la demande des familles; on a brûlé, de plus, 2,839 débris de cadavres provenant des hôpitaux et 1,426 embryons. M. Bourneville a rappelé ensuite à la Société l'appui très efficace que le Conseil municipal lui a récemment donné par l'institution du *Comité de perfectionnement des services de la crémation* (*Progrès médical*, numéro du 25 mars 1893).

Le concours du Conseil municipal a certainement son prix; mais ce ne sont ni les installations matérielles ni les règlements libéraux qui manquent. Le crématoire du Père-Lachaise est très satisfaisant et fonctionne bien; les formalités administratives ont été simplifiées autant que possible et la gratuité est assurée à tous ceux qui la demandent. Ce qui manque, c'est la bonne volonté des familles, qui répugnent, en France, à ce mode brutal de destruction. Ce n'est pas, ici, le lieu d'en rechercher les causes; mais nous sommes bien forcé de constater que le nombre des crématioas réclamées par les parents ne s'élève guère. Il était de 121 en 1890, il a été de 159 en 1892; l'idée ne marche pas. 159 incinérations sur 56,000 décès, cela ne fait pas 3 pour 1,000, c'est une quantité négligeable.

En Angleterre, il en est de même, et, comme en France aussi, le conseil de la Société de crémation se félicite du progrès qu'elle fait dans le Royaume-Uni. Il paraît qu'au cours de l'année il n'y a pas eu moins de 104 corps incinérés. C'est peu de chose sans doute pour toute l'Angleterre; mais la qualité rachète, à ce qu'il paraît, la quantité. La plus grande partie des incinérations a porté sur les dépouilles de personnalités en vue dans la science, les arts ou la littérature; on signale, entre autres, dix médecins. (*Revue scientifique* du 18 mars 1893, n° 11, p. 347.)

Les pygmées à Bruxelles. — Comme l'ethnologie fait partie de l'hygiène, ce n'est pas sortir de notre sujet que de signaler la présence, à Bruxelles, de deux représentants d'un des types les plus curieux de l'espèce humaine. Ce sont deux de ces pygmées

que Stanley a trouvés dans les forêts impénétrables de l'Afrique centrale dont il a donné une si émouvante description. Ils ont été amenés en Europe par le docteur Stulhmann, un des compagnons de voyage d'Emin pacha.

Ce sont deux filles de 17 à 20 ans, qui ont la taille d'un enfant de 6 à 7. Elles ont le teint cuivré, les cheveux crépus, les yeux grands et brillants, le nez aplati, les lèvres saillantes, écarlates. Le docteur Stuhlmann a trouvé ces deux petites créatures entre les mains d'une tribu d'anthropophages, au nord-ouest des grandes forêts du Congo, près des sources de l'Itouri, un des affluents de l'Ouelé. Il les a achetées pour quelques pièces d'étoffes et leur a ainsi sauvé la vie. Il s'est embarqué avec elles à Zanzibar au mois d'octobre 1892, et il les exhibe en ce moment à Bruxelles. (A. Demeil : Causerie scientifique du journal *Le Temps*, 28 mars 1893.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Le typhus exanthématique

M. Bergeron fait savoir que, dès le 27 février, le Comité d'hygiène a été prévenu que le typhus existait dans les prisons de Lille; la maladie était alors regardée comme du typhus fever. A partir de cette date, le Comité n'a pas reçu de nouvelle communication.

M. Bergeron donne lecture d'une lettre de M. Wannebroucq, qui confirme les faits résumés par M. Leloir dans la dernière séance relativement au développement du typhus de Lille.

M. Monod résume les mesures prises par l'administration pour combattre le typhus. La maladie a atteint Lille par l'intermédiaire d'un vagabond venant d'Amiens. Si le typhus a été disséminé en ville par des prisonniers libérés, ce n'est la faute de personne, car aucune loi ne permet de retenir des hommes en prison après l'expiration de leur peine. Il est évident qu'actuellement on est insuffisamment armé contre les épidémies; les communes ne peuvent être contraintes à prendre les mesures prophylactiques nécessaires.

Depuis la dernière communication de M. Leloir, l'épidémie de typhus exanthématique qui, d'après les rapports de l'Administration, aurait disparu de la prison de Lille, a créé un nouveau foyer dans une ou plusieurs maisons d'un des quartiers les plus populeux de cette ville.

Du 7 au 14 avril inclusivement, il est entré à l'hôpital Saint-Sauveur 6 malades atteints de typhus exanthématique.

Tous ces malades avaient couché dans un ou plusieurs *logements infects servant d'asile aux indigents* et aux voyageurs nécessiteux.

Ces logements constituent de véritables foyers d'infection où, moyennant quelques sous, voire même gratuitement, les malheureux sans domicile vont contracter ou apporter le germe des maladies contagieuses les plus diverses qu'ils vont ensuite répandre en ville ou ailleurs.

Il importerait que les mesures les plus sévères et les plus réelles fussent prise à l'égard

de ces foyers d'infection. Il serait désirable, d'autre part, que les malades atteints de typhus exanthématique fussent isolés d'une façon complète et effective.

Enfin, il est permis de penser qu'il n'était pas bien prudent de *lâcher sur Lille et ailleurs* environ deux cents détenus sortant d'un foyer typhique, au lieu de les placer en surveillance dans un autre local vaste et aéré. On aurait pu ainsi les observer pendant un temps suffisant, les nettoyer et les désinfecter.

L'administration supérieure, le ministre de l'intérieur, dont dépend le Comité consultatif d'hygiène publique de France, ont été avertis de l'existence d'une épidémie de typhus exanthématique à la prison de Lille *dès le début* de cette épidémie, c'est-à-dire en février, comme le prouvent les faits suivants :

1° Dès le début de l'épidémie, M. Wannebroucq, dans le service duquel on a amené les premiers cas de typhus, a signalé le danger au Comité d'hygiène de Lille présidé par le préfet du Nord ;

2° Peu de temps après, un inspecteur des prisons était envoyé à Lille par le ministère de l'intérieur pour voir où en était l'épidémie de typhus de la prison de Lille,

3° Tous les journaux du Nord avaient en même temps signalé à l'administration supérieure le danger de cette épidémie résultant de l'encombrement des prisons;

4° Les communications de M. Wannebroucq et de M. Monod viennent enfin de prouver que le Comité consultatif d'hygiène publique de France a été averti le 27 février.

En informant l'administration supérieure et le ministère de l'intérieur, les médecins lillois ont rempli leur devoir ; ils ne pouvaient faire davantage.

Cette épidémie doit nous servir de leçon en nous montrant que quelque chose doit être perfectionné dans notre législation sanitaire, et qu'il faut des lois sérieuses réglant l'hygiène publique.

— D'un travail lu par M. Kelsch, il semble résulter que le typhus peut naître sur place.

L'encombrement momentané, l'accroissement de la misère sont sans doute les causes les plus apparentes de ces reviviscences des germes. Outre ces moteurs pathogènes si puissants, tels que le méphitisme humain et la famine, les germes sont encore actionnés par des influences générales d'ordre cosmique ou cosmo-tellurique qui abaissent ou élèvent alternativement leur virulence.

Il est possible que le typhus actuel nous ait été apporté du Nord, mais il n'est pas improbable non plus qu'il soit né à Paris comme il est né à Lille ou à Amiens, c'est-à-dire sur place.

Non seulement les vagabonds donnent le typhus quand ils l'ont, mais encore ils sont capables de le communiquer quand ils ne l'ont pas.

Il est, en effet, des groupes nomades qui sont dangereux pour les populations, sans l'être pour eux-mêmes ; ils n'ont pas le typhus, mais ils en fomentent et en portent la cause en eux,

Le germe de cette maladie nous est encore inconnu, mais il est permis de supposer qu'il habite nos cavités naturelles à l'état de parasite inoffensif. Absolument silencieux dans les conditions normales, ce germe est susceptible de passer à l'activité pathogène lorsque le terrain qui le porte subit de profondes détériorations par suite de la misère, de l'encombrement et des états morbides qui en résultent. Mais l'agent typhogène devenu virulent n'a vraisemblablemen pas de prise sur les organismes parvenus au dernier degré de la résistance vitale, ou il n'y réalise que des effets imparfaits, frustes ; par contre, si cette graine vient à être semée dans des groupes moins réfractaires, elle y détermine les plus grands ravages. En un mot, les nomades joueraient à l'égard du typhus le même rôle que les individus atteints de diarrhée prémonitoire vis-à-vis du choléra.

— M. Dujardin-Beaumetz communique une note de MM. Dubief et Bruhl qui, dans 9 cas (dont 6 avec autopsie), ont isolé dans le sang de la circulation générale et dans celui de la rate un diplocoque très ténu, auquel ils donnent le nom de diplococcus exanthematicus.

Ce microbe est rare dans le sang et dans la pulpe splénique : aussi est-il très difficile d'obtenir des cultures en partant de ces milieux. Il n'en est pas de même si l'on part des organes respiratoires, qui sont précisément le siège des lésions fondamentales du typhus exanthématique.

Dans toutes les autopsies, ces auteurs ont pu constater la présence du même microorganisme, souvent en extrême abondance, dans le mucus des fosses nasales, du pharynx, du larynx et dans ces foyers spéciaux de pneumonie qui ne manquent jamais chez les typhiques. En partant de ces différents organes, on réussit facilement à isoler et à cultiver le microbe à l'état de pureté. Cet habitat du microbe explique la plupart des phénomènes respiratoires et l'extrême contagiosité de la maladie, puisqu'on le trouve en très grande abondance dans l'expectoration.

MM. Brouardel et Laborde insistent en termes pressants pour que l'Académie réclame des pouvoirs publics une législation sanitaire; M. Le Fort fait remarquer qu'il y a deux ans, l'Académie a déjà voté une proposition identique.

M. Napias commence la lecture d'un mémoire sur l'origine et la dissémination de l'épidémie de typhus, mais MM. G. Guérin et Larrey font observer que le règlement défend à un membre de l'Académie de prendre part à une discussion pendante, et la lecture est interrompue.

Un cas de méningo-encéphalocèle.

Il y a quelques années, M. Tarnier a eu occasion d'observer, sur la tête d'un fœtus, une tumeur volumineuse qu'il regarda comme une méningocèle. Un fait du même genre s'est présenté dans le service de M. Tarnier il y a quelques jours; en réalité, il s'agit d'un encéphalocèle énorme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 avril 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Syphilis médullaire.

M. Sottas a étudié trois cas de paraplégie syphilitique.

La myélopathie syphilitique, dans ces cas, débute par une période d'altérations méningo-vasculaires : inflammation des parois vasculaires à laquelle se joignent souvent des gommes miliaires de la pie-mère. Puis survient l'oblitération vasculaire qui détermine le ramollissement d'un territoire plus ou moins étendu de la moelle. Ce ramollissement est suivi d'une période de dégénérescence (*in situ*) et d'une dégénérescence secondaire ascendante et descendante (cordon de Goll, faisceau pyramidal). Il succède une période de réaction du tissu interstitiel conjonctif et névroglique qui aboutit à la cicatrisation du foyer nécrobiotique (période de sclérose).

L'évolution particulière du foyer de ramollissement médullaire, qui aboutit à la sclérose après une période de réaction irritative du tissu interstitiel, tient au régime circulatoire de la moelle. Les artères n'y sont pas terminales, comme dans le cerveau; la circulation se rétablit par les collatérales et le développement des vasa-vasorum des vaisseaux oblitérés.

Injections de liquides organiques.

Au nom de MM. Rémond et Rispal, M. Brown-Séquard communique une note sur un cas de diabète urique traité par les injections de suc pancréatique. Le poids a augmenté, le pouls s'est relevé, la quantité de l'urine a diminué. M. Brown-Séquard fait remarquer que le liquide testiculaire donne des résultats analogues. Le même liquide améliore beaucoup les accidents qui se produisent chez les oiseaux à la suite de la piqûre du renflement spinal. On peut ausri guérir par les injections les cobayes auxquels on a fait l'hémisection de la moelle.

Vaccination antituberculeuse

MM. Richet et Héricourt : Un chien ayant été vacciné par une culture pure de tuberculose aviaire a été inoculé par de la tuberculose humaine ; il est très amaigri, mais actuellement (210 jours après l'inoculation) ne semble présenter aucun signe de tuberculose. Les chiens auxquels on communique la tuberculose humaine ne survivent pas plus de deux mois. Les chiens inoculés par cette tuberculose et auxquels on injecte ensuite du sang de chien infecté resistent davantage et peuvent même survivre.

Evolution histologique du placenta abortif

Le placenta abortif peut séjourner plusieurs années sur un point quelconque du conduit tubo-utérin.

Il détermine, d'après son siège, trois variétés de maladies qui ont même origine : la placentation abortive tubaire, interstitielle et utérine.

Cette origine commune se traduit par un signe commun : l'expulsion répétée de fragments placentaires mêlés à des caillots, et ces fragments qui se détachent ainsi quand le gâteau placentaire est maintenu en place par ses rilles fibreuses ou non, contiennent des villosités en transformation myxomateuse ou hydatiforme.

On peut donc, par l'examen histologique des caillots expulsés spontanément, ou provenant d'un curettage explorateur, faire le diagnostic exact de l'affection et intervenir en temps utile. Il est donc contre-indiqué de faire d'emblée des grattages préventifs de l'utérus après chaque couche ou fausse couche, chez tous les sujets, puisque l'on pourra reconnaître la maladie chez ceux qui en seraient atteints.

Enfin, il est probable que l'examen histologique montrera plus souvent qu'on ne le pense actuellement des débris placentaires dans les métrites hémorrhagiques et les endométrites fongueuse.

— M. Charrin communique une note de MM. Rueffet et Plimmer qui ont trouvé dans des cancers du foie, de l'utérus, etc., des parasites formés d'un petit noyau et de protoplasmes renfermés dans une capsule assez épaisse. La reproduction a lieu par

et un même organisme peut se diviser en 32 parties.

— Dans deux cas d'ataxie, M. Féré a observé de l'affaiblissement des muscles des membres supérieurs, en même temps que ceux de la station debout et de la marche étaient paralysés. Cela prouve que dans les paralysies dites systématisées, il y a habituellement des troubles de la motilité dans toutes les régions.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la blennorrhagie par le copahivate de soude.

Depuis quelques années, le copahivate de soude est employé en France, avec un grand succès, dans le traitement de la blennorrhagie à toutes ses périodes.

Nous nous proposons, dans cet article, de préciser dans un aperçu sommaire les avantages de cette médication.

On sait que les substances résineuses, telles que la térébenthine, le copahu, etc., ne sont pas absorbées par la muqueuse stomacale, et que cette absorption ne peut avoir lieu dans l'intestin grêle qu'après la transformation de la substance résineuse en *résinate alcalin.*

Pour le traitement de la blennorrhagie, nous n'avons qu'à nous occuper de la partie résineuse du copahu, car c'est cette partie résineuse seule qui est efficace contre l'inflammation des voies urinaires.

Mais si l'on administre le *baume de copahu* à l'état naturel, une très faible partie seulement de la résine est résorbée et l'autre partie est entraînée avec les fèces. Il en résulte qu'il faut souvent donner des doses très *élevées du médicament pour en obtenir les effets attendus.*

Frappés de cet inconvénient, les docteurs Raquin et Fumouze ont imaginé de débarrasser le copahu de son essence et de combiner la résine de copahu à la soude, de manière à constituer artificiellement un *médicament physiologique* qui est la représentation exacte du baume de copahu, moins l'essence en état de combinaison avec les alcalis du tube digestif; le copahivate de soude est, en un mot, du *copahu* tout digéré, *tout prêt* à être absorbé tel quel par les *vaisseaux de l'intestin grêle.* Sous cette forme, le copahu est *entièrement absorbé*, toute sa substance est utilisée. Il en résulte que le *copahivate de soude à des doses peu élevées est plus efficace que le copahu à hautes doses.*

Mais, pour que les choses se passent ainsi, il est nécessaire que le copahivate de soude ne soit pas décomposé par le suc gastrique, qui s'emparerait de la soude et précipiterait la résine insoluble du copahu.

On obtient ce résultat en administrant le copahivate de soude sous forme de *capsules à enveloppe de gluten*, qui ont la propriété de *ne pas se crever* dans l'estomac, et d'y maintenir le *médicament intact jusqu'à ce qu'il arrive au duodénum.*

Le copahivate de soude présente un autre avantage. N'ayant pas d'odeur, il n'en communique aucune aux urines, à l'haleine ou aux sueurs, pour la plus grande *tranquillité des malades.*

A la dose de neuf à douze capsules de Raquin par jour, le copahivate de soude s'est toujours montré très efficace à toutes les périodes de la maladie. Néanmoins, il est passible des mêmes contre-indications que tous les antiblennorrhagiques, et, lorsque les phénomènes inflammatoires sont trop accentués, il y a lieu de recourir aux antiphlogistiques.

Le copahivate de soude en injections a donné également de très bons résultats; c'est certainement l'une des injections les plus efficaces que les médecins puissent employer.

FORMULAIRE

POMMADE SULFONÉE

Acide sulfurique.............. 5 grammes.
Axonge non salée................ 25 —

Mélanger intimement et conserver la pommade saumon ainsi obtenue dans un pot bien bouché, mais sans couvercle métallique.

Faire avec cette pommade une petite friction locadolenti et recouvrir d'un carré de ouate. On détermine une révulsion rapide sans odeur, sans coloration de la peau et sans souillure des linges. Elle ne détermine pas d'action vésicante, et son action cesse dès qu'elle a été enlevée. (*Gazette médicale de Liège.*)

COURRIER

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies syphilitiques et cutanées.* — Le professeur A. Fournier commencera ce cours le vendredi 21 avril (dix heures), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Tous les mercredis, *conférences complémentaires*, par MM. les chefs de laboratoires, chefs de clinique et anciens internes du service.

Nécrologie. — On a enterré, mardi dernier, à trois heures, M. Lallemand, externe des hôpitaux, mort au champ d'honneur médical à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu. C'est en soignant les malades atteints de typhus exanthématique, dans le service du docteur Bucquoy, que cel jeune homme a contracté la maladie épidémique qui l'a enlevé à l'affection des siens et de ses amis. Nous lui adressons un dernier adieu en rappelant que, depuis le commencement de l'année 1893, c'est le second externe des hôpitaux qui meurt victime de son dévouement aux malades. Nous avons le regret d'annoncer également la mort de MM. les docteurs Brun (de Châtillon-sur-Indre); Courregelongue (de Bazas); Evesque (de Granvilliers); Gras (de Landerneau); Levasseur (de Rouen) et M.-H. Bonnet, élève de l'Ecole de médecine de Limoges.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Premiers des listes d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine au 15 avril :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Geoffroy; 3. Mathis;

Médecins principaux : MM. 1. Frison; 2. Galliot; 3. Burot;

Médecins de 2e classe : MM. 1. Ehrmann; 2. Renault; 3. Clairon; 4. Palasne de Champeaux; 5. Conan; 6. Ono dit Biot;

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe 1. Tréguier; 2. Castagné; 3. Plouzané;

MM. les médecins de 2e classe 1. Guilland; 2. Salaun; 3. Le Marchadour.

M. le médecin de 1re classe Marestang est désigué pour embarquer comme médecin-major, sur le transport l'*Annamite*, à Toulon.

M. le médecin de 2e classe Houdart embarque, en qualité de médecin en sous-ordre, sur le transport l'*Annamite*.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

REVUE GÉNÉRALE

Rôle de l'organisme dans la genèse des maladies infectieuses.

Par le docteur René Appert.

Il y a quelques années, à la naissance des études bactériologiques, toute la pathogénie des maladies infectieuses semblait se réduire à la présence du microbe.

S'appuyant sur les belles découvertes de Pasteur, quelques bactériologistes, allant plus loin que le maître, ont voulu supprimer toutes les causes de maladie reconnues par la médecine traditionnelle. Le microbe, pensait-on, est spécifique, et il suffit que le germe pathogène venu de l'extérieur envahisse l'organisme pour que la maladie soit constituée.

On supposait qu'à chaque agent bactérien correspondait une maladie de forme spéciale dans sa marche, sa durée, sa gravité, et on considérait l'organisme comme un bouillon de culture passif. Cette conception simple ne put être acceptée de tous les médecins qui, observateurs des faits de la clinique, savaient que l'influence individuelle de l'organisme domine dans l'évolution morbide. Aussi, il a bien vite fallu en rabattre de cette conception des maladies infectieuses. « Quelle variation de la virulence, quelles illusions que celles des auteurs qui s'imaginent baser avec certitude le pronostic sur la présence de tel ou tel germe! » (Charrin).

La bactériologie a établi que la peau, les cavités naturelles, telles que la bouche, l'estomac, l'intestin, les premières voies respiratoires, les voies génitales, abondent, à l'état normal, en micro-organismes (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques) qui se différencient seulement des microbes pathogènes en ce qu'ils ont perdu leur virulence, ou du moins qu'ils ne provoquent chez le sujet bien portant qui les porte ni angines, ni pneumonies, ni infection quelconque. Ces micro-organismes sont du reste de forme identique, ont les mêmes aspects de culture et la même réaction chimique que les bactéries virulentes.

Mais que le sujet porteur de ces bactéries soit débilité par une cause quelconque, que l'organisme perde son fonctionnement physiologique et la maladie infectieuse est créée. Immédiatement, les micro-organismes, inoffensifs jusque-là acquièrent, une virulence extrême, l'angine à streptocoque, la pneumonie, l'érysipèle, les furoncles, les auto-infections de toute sorte apparaissent. Bien plus, ces microbes provenant d'un organisme pathologique ont pris une virulence telle qu'ils deviennent pathogènes pour un organisme sain.

En somme, la virulence d'un même microbe est extrêmement variable; nous portons en nous des germes pathogènes, à l'état de virulence latente,

qui ne deviennent dangereux qu'à l'occasion d'un état pathologique de l'organisme.

C'est dans le trouble de l'économie, fait essentiel, qu'il faut chercher l'origine de ces angines, pneumonies, érysipèles, de toutes ces auto-infections qui sont le fond de la médecine de tous les instants, et c'est le trouble de l'organisme qui donne leur virulence aux pneumocoques, streptocoques, nos commensaux habituels.

Appareil digestif.

Il résulte des travaux modernes que les espèces microbiennes qui pullulent dans la cavité bucco-pharyngée sont extrêmement nombreuses et que bon nombre sont pathogènes. On comprend facilement comment les bactéries envahissent en si grand nombre la cavité buccale. Apportés par l'air, les aliments, les boissons, chaque inspiration, chaque déglutition d'aliments laisse sur la muqueuse une certaine quantité de microbes. Or, ceux-ci trouvent dans la bouche un ensemble de conditions très favorables à leur développement, une température élevée, un liquide suffisamment nutritif (salive mêlée aux débris alimentaires, et aux produits de desquamation incessante de l'épithélium buccal), de nombreuses anfractuosités où le cantonnement et la colonisation sont des plus faciles (Thomas) (1).

Il n'existe, dit M. Netter, aucun foyer intrinsèque de la même importance que la bouche, et par la qualité des microbes qu'il renferme, et par la situation qu'il leur fournit.

Les micro-organismes qui habitent la bouche à l'état normal, et qui sont les plus intéressants au point de vue pathologique, sont :

Le pneumocoque; le staphylocoque pyogène; le bacille encapsulé de Friedländer; le streptocoque pyogène ; le bacille diphtérique.

Le pneumocoque se retrouve à l'état normal chez un cinquième des sujets n'ayant jamais eu de pneumonie, d'après M. Netter, et chez 80 p. 100 des sujets autrefois atteints de cette maladie.

Le streptocoque existe dans la salive de 5,5 p. 100 des sujets sains; le pneumo-bacille de Friedländer dans 4,5 p. 100; le staphylocoque se rencontre dans presque tous les cas.

A quoi faut-il attribuer cette innocuité des bactéries pathogènes contenues dans la salive ?

On sait, depuis les travaux de Saccarelli, que la salive normale jouit de propriétés bactéricides très actives qui détruisent les bactéries, ou tout au moins atténuent leur virulence.

Les travaux de Metchnikoff, d'autre part, ont montré que l'abondance des follicules lymphatiques de la cavité bucco-pharyngée explique la phagocytose si active, de cette muqueuse, et sa protection contre l'envahissement bactérien. Mais il suffit qu'une cause occasionnelle quelconque amène dans l'amygdale, par exemple, un arrêt plus ou moins complet de la vie cellulaire pour que l'infection en résulte.

On connaît de nombreuses observations d'angines infectieuses où l'examen bactériologique a montré dans les concrétions amygdaliennes le sta-

(1) Thomas : *Rôles des micro-organismes dans les affections de la bouche.* (Thèse, Paris 1891.)

phylocoque, le streptocoque ou le pneumocoque comme agent de l'infection. Il n'existe point, en effet, de microbes spécifiques des angines ; les espèces microbiennes qu'on rencontre dans les angines catarrhales, phlegmoneuses, ou même pseudo-membraneuses, se rencontrent également dans la bouche de sujets sains.

Dans la genèse de l'angine, il faut donc attribuer au terrain la part la plus importante. Il faut que l'organisme ait subi des modifications préalables qui diminuent sa résistance physiologique pour que les microbes puissent envahir les amygdales (Ruault),

D'autre part, chez le sujet en état d'opportunité morbide, le même microbe, le pneumocoque de Fräenkel, par exemple, peut provoquer, suivant la résistance du sujet :

L'angine simple et l'angine herpétique ;

L'amygdalite folliculaire, l'angine pseudo-membraneuse, l'amygdalite suppurée.

Nous pourrions montrer également que les autres maladies de la cavité bucco-pharyngée, telles que la gangrène de la bouche, la stomatite ulcéro-membraneuse, les angines infectieuses secondaires, les parotidites, toutes affections dues à des bactéries vulgaires, ne sont point des inflammations spécifiques, mais plutôt le fait d'infections secondaires développées, grâce à la perte de vitalité des tissus et à la déchéance profonde de l'organisme.

Le suc gastrique normal constitue également une barrière bactéricide de la plus haute importance, au point de vue de la genèse des infections intestinales.

Les expériences très ingénieuses de M. le professeur Straus ont montré que le bacille d'Eberth, la bactéridie charbonneuse et le bacille du choléra sont tués rapidement par un suc gastrique physiologique. Son action sur le bacille tuberculeux est plus lente. Ainsi, l'organisme, ayant son fonctionnement normal, ne laisse point passer dans l'intestin les microbes pathogènes dans la majorité des cas. Il suffit, toutefois, d'un trouble passager de la sécrétion gastrique à la suite d'indigestion, d'embarras gastrique ou de dilatation de l'estomac pour que l'acidité physiologique disparaisse et que les microbes ne soient pas détruits dans l'estomac. C'est ce qu'Ewald a constaté deux fois : à la suite d'indigestion, il a vu la sécrétion gastrique perdre son acidité et les microbes pulluler. Les troubles des fonctions gastriques agissent d'une façon évidente dans la pathogénie de la fièvre typhoïde, du choléra et peut-être de la tuberculose intestinale.

C'est surtout dans l'intestin que le microbisme latent présente un grand intérêt. On trouve dans l'intestin un nombre considérable d'espèces bactériennes, qui restent à l'état de commensaux, de parasites inoffensifs tant que la vitalité de l'intestin est normale et que les fonctions vasomotrices de la muqueuse ne sont troublées en rien. MM. Macaigne et Lesage ont constaté que le bacterium coli normal, issu des selles d'un enfant bien portant et nourri au sein n'est point pathogène pour les animaux, en un mot n'a aucune virulence. Mais que ce bacterium coli prend une virulence plus ou moins active, plus ou moins durable, à la faveur de la diarrhée.

En d'autres termes, c'est l'organisme qui, par son trouble fonctionnel, crée la virulence de son parasite.

On ne peut admettre, dans bien des cas, que ce microbe vienne du dehors,

car on voit la maladie se développer chez l'enfant débile malgré l'alimentation au lait stérilisé, et toutes les précautions possibles prises contre la contagion.

Il n'est pas douteux aujourd'hui que le bacterium coli ne soit également le micro-organisme à incriminer dans la dysenterie. L'anguillule de Normand, l'amœba coli ne sont plus admis, et, dans de récentes recherches, Maggiore a rencontré le bacterium coli en grande abondance, parfois en culture pure dans la plupart des cas. Les inoculations ont prouvé que ce bacterium coli était devenu très virulent pour les cobayes.

Maggiore admet que, dans ces cas, « la maladie a été causée par le bacterium coli devenu virulent et manifestant sa virulence chez l'homme, comme il la manifeste chez les cobayes et le lapin ».

D'où provient cette virulence? Il faut, cela est bien démontré, faire une part considérable aux modifications du milieu intérieur. Il existe une réceptivité particulière résultant des mauvaises conditions d'hygiène, d'alimentation, de climat, etc., qui amène des troubles fonctionnels de l'intestin. La muqueuse du gros intestin est congestionnée, perd l'intégrité de ses fonctions et de sa vitalité; le bacterium coli trouve, dans ces conditions, une porte ouverte à l'infection, pénètre plus ou moins profondément dans la muqueuse, et l'ulcération résulte de l'invasion microbienne.

Il est des cas de fièvre typhoïde, également, où la contagion paraît bien difficile à établir et où le surmenage, les mauvaises conditions hygiéniques paraissent surtout devoir être incriminées. Ne s'agit-il pas là, bien souvent, d'infection à bacterium coli devenu typhogène en présence du milieu favorable de l'organisme.

Voies respiratoires

BACTÉRIES NORMALES DES VOIES RESPIRATOIRES. — Les voies respiratoires, largement ouvertes à l'extérieur, mises sans cesse en communication avec les poussières de l'air d'une part, et avec les liquides de la cavité buccale d'autre part, sont naturellement exposées à de fréquentes invasions microbiennes. D'après Pettenkofer, parmi les différentes voies utilisées par les microbes pathogènes pour envahir l'organisme animal, les poumons occuperaient la première place.

A l'état normal, lorsque l'intégrité de la muqueuse des voies aériennes est complète, l'infection n'a pas lieu.

Il existe, néanmoins, de nombreuses bactéries à l'état normal dans les premières voies respiratoires, et les recherches de V. Besser ont permis de déterminer la nature pathogène de ces germes.

Dans les cavités nasales de 81 personnes, le mucus examiné contenait des bactéries pathogènes et non pathogènes. Il ne s'agissait point de muqueuses malade; parmi les sujets examinés, on trouve : 6 médecins du laboratoires, 8 domestiques, 4 soldats et 28 convalescents.

Il ne paraît donc pas douteux que, chez l'homme le plus sain, il existe un grand nombre d'espèces microbiennes, même dangereuses, vivant dans les fosses nasales d'où elles peuvent à la première occasion envahir les voies respiratoires.

V. Besser a également étudié les bactéries du larynx et des bronches. Il

a pratiqué ses examens sur les cadavres les plus frais possibles, 3 et 4 heures seulement après la mort.

Dans 5 examens de mucus laryngé il a trouvé : le streptocoque pyogène, 5 fois; le staphylocoque doré, 3 fois; le micrococcus albus liquefaciens, 4 fois.

Dans le mucus bronchique normal, le nombre des bactéries est bien moins considérable. Sur 10 cadavres étudiés, on a trouvé : le streptocoque pyogène, 2 fois; le diplocoque de la pneumonie, 3 fois; le staphylococcus aureus, 3 fois; le bacille de Friedländer, 1 fois.

Ainsi, les voies respiratoires normales saines contiennent jusque dans leurs parties les plus profondes des espèces microbiennes pathogènes, tels que les microbes de la pneumonie, de la suppuration, qui peuvent vivre au milieu des sécrétions bronchiques, sans déterminer aucun trouble fonctionnel ou anatomique du poumon.

Sous quelles causes ces microbes reprennent-ils leur virulence et deviennent-ils pathogènes?

L'influence du froid, dans la plupart des cas, est indiscutable. Parfois la respiration d'un air froid, qui pénètre subitement et avec violence dans les bronches, crée la bronchite; mais, le plus souvent, c'est le refroidissement brusque de la peau quand le corps est en sueur.

BRONCHITES INFECTIEUSES NON SPÉCIFIQUES. — Chez les individus affaiblis, anémiques, scrofuleux et cachectiques, la moindre exposition au froid provoque une inflammation des bronches. L'expectoration est d'abord muqueuse, renfermant à peine plus de microbes qu'à l'état normal, puis les bactéries augmentent rapidement de nombre. Ce sont les *staphylococcus pyogenes aureus* et *albus*, le streptococcus pyogène, les pneumo-bacilles de Friedländer ou de Fränkel qui se sont multipliés avec rapidité dans le mucus bronchique, et ont produit des crachats muco-purulents abondants.

Il est vraisemblable que ce sont les modifications circulatoires et sécrétoires de la muqueuse qui donnent à tous ces micro-organismes une virulence ou tout au moins une vitalité exceptionnelle.

Les perturbations profondes apportées dans la calorification interne provoquent des troubles de l'innervation, particulièrement de l'innervation vaso-motrice du système bronchique, d'où hypérémie et congestion de la muqueuse, et création d'un milieu de culture favorable à la pullulation des micro-organismes. Ces germes, grâce à l'affaiblissement de la vitalité des éléments anatomiques, acquièrent une virulence nouvelle, provoquent l'inflammation profonde de la muqueuse, la formation de muco-pus, et la bronchite infectieuse non spécifique est constituée.

BRONCHO-PNEUMONIE. — La broncho-pneumonie, dans l'immense majorité des cas, dit « M. Netter, chez l'enfant comme chez l'adulte, est due à l'une « des quatre espèces pathogènes suivantes : pneumocoque, streptocoque « pyogène, bacille encapsulé de Friedländer et staphylocoques de la suppu- « ration. »

Or, nous savons, et M. Netter l'a démontré, que ces micro-organismes sont les hôtes habituels de la cavité bucco-pharyngée, qui peut les héberger chez tous les sujets sains.

La broncho-pulmonie résulte donc, dans la majorité des cas, d'une auto-infection. Les micro-organismes des cavités buccales et des premières

voies respiratoires, existent ordinairement longtemps avant la pénétration dans le poumon. En présence de la déchéance organique, de l'affaiblissement de la vitalité des éléments anatomiques sous l'influence d'une congestion quelconque, ou de causes extérieures capables d'irriter ou léser, de quelque façon que ce soit, l'épithélium des bronchioles, l'envahissement du poumon a lieu. C'est ainsi que l'inhalation de gaz irritants, le froid, les brûlures étendues, les opérations sur l'intestin sont souvent l'origine de broncho-pneumonies.

Pneumonie. — Il y a quelques années, à la suite des recherches de Talamon et de Fräenkel qui ont établi que la pneumonie est une maladie à microbes cultivables et inoculables, on a cru pouvoir nier toutes les causes que l'ancienne médecine attribuait à la pneumonie. Le microbe lancéolé encapsulé suffit à tout; la pneumonie, disait-on, a une cause unique; la pénétration accidentelle dans l'organisme du pneumocoque venu du dehors.

Pourquoi le plus grand nombre de sujets porteurs de ce pneumocoque ne sont-ils point infectés? C'est que les pneumocoques trouvent dans les voies respiratoires de telles conditions chimiques et physiologiques qu'ils ne peuvent se multiplier. La réaction acide du parenchyme pulmonaire (Robin et Verdeil), l'action phagocytique, exercée sur les microbes introduits dans le poumon, soit par les cellules du revêtement alvéolaire, soit par les leucocytes diapédésées, sont le plus puissant moyen de protection de l'organisme contre l'envahissement du pneumocoque. Ce sont, en un mot, les conditions particulières de déchéance organique qui sont la cause première de cette transformation d'un microbe indifférent en microbe pathogène.

Action du froid sur l'organisme — Le refroidissement est une des principales causes de l'infection pneumonique. Le froid peut, en effet, troubler la série des actes par lesquels les cellules lymphatiques, détruisent, arrêtent les microbes pathogènes, quand ils tentent d'envahir nos tissus, nos humeurs.

Des recherches de Holm, il résulte que la vie cellulaire de l'animal refroidi est entravée, que les phagocytes perdent leur pouvoir destructeur des germes et que la diapédèse est très ralentie.

Les expériences du M. le professeur Bouchard montrent bien également l'action du froid sur l'organisme au point de vue de l'invasion bactérienne.

Si l'on arrive à déterminer la réfrigération lente par le séjour dans la glacière, par le vernissage ou l'immobilisation, on voit qu'au bout de deux heures, chez en animal sur quatre, parfois chez un sur trois, le sang mis en culture donne des colonies bactériennes. On est ainsi parvenu à mettre l'organisme dans l'état d'affaiblissement apte à l'invasion microbienne, et on a réalisé ce qui se passe dans la plupart des cas de pneumonie *a frigore*. Les agents bactériens qui avaient pénétré et restaient inoffensifs dans l'organisme, dans un état de virulence latente, sous l'influence d'une cause banale ont envahi l'économie.

La clinique nous présente souvent des faits qui montrent bien qu'elle influence il faut attribuer au refroidissement dans l'étiologie de la pneumonie.

Il est évident que, dans la plupart des cas, les pneumocoques ne sont pas

venu du dehors. Ils existaient préalablement. La perturbation résultant du refroidissement, en a permis la diffusion et la prolifération. De là cette conséquence que la condition génératrice de la pneumonie a été le désordre produit dans le poumon par l'influence du froid (Jaccoud).

Troubles nerveux. — Les troubles nerveux agissent d'une façon analogue au traumatisme. Chez les vieux hémiplégiques, d'après Rosenbach, c'est presque toujours du côté paralysé que se fait l'hépatisation pneumonique. Il en est de même, d'après les aliénistes, chez les fous : un dixième, d'après Bayle; un cinquième, d'après Calmel et Bouchet; un tiers, d'après Laurence, meurent d'une pneumonie intercurrente.

Par la double section des nerfs vagues et par injection de pneumocoques, on obtient une inflammation chez l'animal en expérience, en tout comparable à la pneumonie catarrhale de l'homme.

Sénilité. — La vieillesse, cause si fréquente de pneumonie, agit par des facteurs multiples : le système nerveux est souvent profondément altéré, la circulation est languissante dans le poumon et la déchéance de tout l'organisme explique la facilité avec laquelle le poumon cède à l'envahissement microbien.

L'alcoolisme produit la sénilité prématurée, les diathèses mettent l'organisme en état de sénilité au moins pour certains tissus, et jettent ainsi certains organes dans l'opportunité morbide, de telle façon que les ivrognes et les diathésiques, vieillards par l'apparence, sont vieillards par les maladies, et, ayant une pneumonie, auront une pneumonie de cachectique, c'est-à-dire au sommet.

Gangrène pulmonaire. — La gangrène primitive du poumon est extrêmement rare. Presque toujours le sphacèle pulmonaire est secondaire à des lésions plus ou moins profondes du poumon. Il est démontré aujourd'hui que la tendance des inflammations à se terminer par gangrène, est bien plutôt le fait du terrain que de propriétés spécifiques appartenant aux micro-organismes qu'on rencontre dans les foyers de gangrènes. Parmi les bactéries auxquelles on a voulu faire jouer un rôle pathogène, les streptocoques et les staphylocoques sont les plus fréquents, mais aucune des bactéries signalées n'est spécifique.

Tuberculose.

La découverte du bacille de la tuberculose semblait devoir établir d'une façon définitive, la pathogénie de la tuberculose.

On pouvait espérer que le bacille allait tout expliquer et qu'il suffisait qu'il pénétrât dans l'organisme pour que la phtisie en résultât. Mais il a bien vite fallu reconnaître qu'il ne suffit point « de la rencontre d'un homme et d'un bacille » pour que la maladie éclate et que l'état de l'organisme du « bacillaire » ne joue par un rôle moindre dans la tuberculisation, qu'on ne l'admettait qu'autrefois.

Il paraît, en effet, que l'organisme sain tolère le bacille sans que ce mirocbe, à l'état de virulence latente, détermine aucun accident. D'intéressantes recherches de Loomis, il ressort que l'envahissement des ganglions bronchiques par le bacille de Koch n'est point rare chez les adultes.

Sur 15 sujets morts de maladies aiguës, mais non de phtisie, Loomis a

trouvé 6 fois des bacilles dans les coupes de ganglions bronchiques, c'est-à-dire dans 40 p. 100 des cas.

Pizzini a publié une nouvelle série de recherches. Les bacilles tuberculeux se rencontrent dans 42 p. 100 des cas qu'il a examinés.

Une conséquence que l'on doit naturellement tirer de ces faits, c'est qu'il ne faut pas faire jouer un rôle trop important aux sources d'infection tuberculeuse, comme l'enseignent les hygiénistes modernes.

L'état de l'organisme et de la crase sanguine, a une importance autrement prépondérante que les occasions de contagion. Si la résistance de l'économie s'altère, les bacilles qui vivent à l'état latent chez beaucoup de sujets dans les ganglions bronchiques, trouvent des conditions favorables à leur développement, pullulent et envahissent tout l'organisme.

C'est là le mécanisme de ces cas de tuberculisation rapide, qu'on observe à la fin des maladies chroniques comme le diabète, le cancer de l'œsophage, etc., états où le malade confiné à la chambre n'a point été exposé à la contagion dans la majorité des cas, mais portant déjà en lui, depuis longtemps le germe de la tuberculose, germe inoffensif tant que l'organisme avait une résistance suffisante.

La pathogénie de la tuberculose semble donc se ramener à la recherche de ces conditions de l'organisme, qui en font le terrain de culture propre à l'invasion bacillaire.

L'influence des maladies du tube digestif, qui empêchent l'économie de réparer ses pertes et de maintenir son état de résistance, doit être mise au premier rang parmi les causes prédisposant à la phtisie. M. Peter insiste sur la fréquence de la tuberculose dans le rétrécissement simple ou cancéreux de l'œsophage. Lebert et Jaksch ont rencontré la phtisie dans le tiers des cas d'ulcère simple, et dans le cinquième des cas de cancer de l'estomac. M. Bouchard a montré que la fréquence de la tuberculose consécutive à la dilatation de l'estomac est très grande.

La question si controversée encore de l'hérédité de la tuberculose est résolue par M. Arloing plutôt en faveur de l'hérédité de la prédisposition que par l'hypothèse de l'hérédité directe du germe. Il paraît fort peu probable au savant lyonnais que le germe transmis de la mère ou du père au fœtus, demeure latent pendant de longues années après la naissance et que l'enfant puisse tolérer ce germe sans le moindre symptôme.

Quoi qu'on en ait dit, il faut donc, en pratique, revenir à la formule de M. Peter : « On ne naît pas tuberculeux, on naît tuberculisable ». La mère ne transmet pas le bacille en nature à son fœtus, mais seulement la prédisposition à recevoir le germe.

Voies vaginales

Les recherches de Haussmann, de Küstner, de Lomer, de Bümm, de Winter, qui ont étudié les microbes des voies génitales de la femme puerpérale et non puerpérale, nous ont fait bien connaître les espèces microbiennes qui habitent le vagin et le col utérin de la femme saine. Winter a résumé et contrôlé les travaux de ses prédécesseurs, en recherchant l'état bactériologique des pièces fraîches, provenant des nombreuses opérations d'hystérectomies et de salpingectomies pratiquées à la clinique de Berlin.

Il faut admettre, avec ce bactériologiste, dans les voies génitales de la

femme saine deux zones, une zone bactérienne, qui comprend le vagin et le col, et une zone aseptique (cavité utérine et trompes). Dans la moitié des cas observés, il a rencontré des micro-organismes pathogènes dans la première région : trois espèces de staphylocoques, staphylococcus pyogènes aureus, albus, citreus, et divers genres de streptocoques.

Des inoculations faites par Winter, avec les cultures des microbes pris sur des femmes saines, ont montré que les staphylocoques domestiqués en quelque sorte par leur habitation dans les voies génitales, ne sont point pathogènes. Il y a là une sorte de microbisme latent qui pourra nous expliquer bien des *infections et inflammations*: Maladies qui paraissent spontanées au premier abord, mais qui sont dues à n'en pas douter à la reprise de virulence de ces micro-organismes. Il y a dans les inflammations génitales quelque chose d'analogue à ce que nous avons vu pour les infections pulmonaires. Il y a là, dit M. Pozzi, un exemple d'atténuation spontanée de bactéries, qui est des plus remarquables et des plus heureux, mais il est vraisemblable que la virulence peut leur être rendue très rapidement, dans certaines conditions favorables.

Il est indéniable que la congestion utérine, l'hyperhémie prolongée des muqueuses ouvre la porte à l'invasion microbienne, impossible jusque-là, et crée ainsi la métrite.

D'autre part, quand l'infection bactérienne est faite, la congestion l'aggrave et la rend plus profonde; le microbe y trouve une vitalité plus active et une virulence exagérée.

Les vulvites des petites filles, si fréquentes au cours des mauvais états généraux, ne sont le plus souvent que le résultat d'auto-infections, nées à l'occasion de la scrofule et d'une mauvaise hygiène.

La gangrène de la vulve, les vaginites et les métrites des femmes chlorotiques et affaiblies ne sont le plus souvent pue des auto-infections développées sur un terrain cachectique.

(La fin au prochain numéro).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 avril 1893. — Présidence de M. Périer.

Deux importantes questions ont été discutées, d'abord la trachéotomie préventive dans les ablations de polypes naso-pharyngiens, question commencée dans la précédente séance et terminée dans celle-ci; puis le traitement sanglant des luxations anciennes du coude, qui a été remise à l'ordre du jour pour une discussion ultérieure.

De la trachéotomie préventive dans l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

C'est M. Picqué qui a mis la question sur le tapis mercredi dernier et qui la reprend aujourd'hui. Il compare le tamponnement trachéal fait avec la canule de Trendelenburg au tamponnement pharyngien pratiqué après trachéotomie ordinaire. Ce dernier est d'une grande utilité, car il permet l'hémostase et s'oppose à la pneumonie septique. Il ne voit pas son utilité dans l'intervention pour les cancers de la langue, et demande l'avis de la Société sur la trachéotomie préventive.

M. Reynier ne partage pas son avis; quand on enlève les muscles linguaux à insertion hyoïdienne, la trachéotomie est très utile, non pour l'hémorrhagie, mais à cause des tiraillements de cette région qui déterminent des spasmes asphyxiques réflexes susceptibles de forcer à faire l'ouverture de la trachée d'urgence, ainsi que cela lui est arrivé, Mais il n'est pas partisan de l'instrument de Trendelenburg.

Pour M. Delorme, la position de la tête penchée suffit, et il ne voit pas les avantages de la trachéotomie. Il préfère les ablations larges aux interventions partielles, qui, dans deux cas, ne lui ont pas réussi. La prothèse est, du reste, facile avec les appareils de Martin.

M. Verneuil répond que la prothèse ne peut pas lutter contre l'asymétrie de la face, qui se produit après l'extirpation du massif maxillaire à cause même de l'âge du malade, qui n'a pas fini son accroissement. Il a fait, il y a au moins vingt ans, pour une tumeur du pharynx, la trachéotomie préventive et n'en est pas l'ennemi; mais la croit, dans certains cas, inutile pour les résections du maxillaire inférieur, les ablations de la langue, où la ligature de la carotide externe donne d'excellents résultats. Quant à la pneumonie septique, c'est l'infection de la plaie sus-hyoïdienne qui la provoque. Richet et Robert l'avaient bien vu! et, alors, combien de temps laisser la canule, si cette plaie suppure longtemps? Il ne faut pas, enfin, oublier que ce tamponnement est susceptible de provoquer une laryngite, ainsi qu'il l'a observé avec Krishaber. Quant à la position de la tête en bas, pour sa part, il ne l'aime pas, car elle fait saigner énormément.

M. Schwartz, dans les résections du maxillaire supérieur, fait la ligature préalable de la carotide externe, et s'en est très bien trouvé dans 7 cas. Il lie les linguales dans les extirpations de la langue et n'a perdu qu'un opéré de bronchopneumonie, encore avait-il contracté la grippe.

M. Desprès trouve que la trachéotomie préventive est inutile quand on emploie l'écraseur linéaire; mais, avec le thermo ou le galvano-cautère, elle peut être utile, car souvent il faut la faire ultérieurement. Il ajoute qu'à la fin de sa carrière, Nélaton avait renoncé à la méthode lente et pense que lorsqu'il s'agit de sujets ayant encore plusieurs années à passer avant d'atteindre 25 ans, il faut enlever le maxillaire supérieur, laisser la voie palatine trop étroite, et, par la brèche faite, on peut traiter les récidives. Il laisse, pour sa part, le plancher de l'orbite pour s'opposer à la difformité.

M. Berger répond qu'il a suivi les derniers malades de Denonvilliers et de Nélaton et qu'ils avaient été opérés par la voie palatine. C'était l'électrolyse qui était employé par ces deux chirurgiens dans la cure lente, et Nélaton fils le lui rappelait encore l'autre jour. C'est bien parce qu'à 25 ans ces polypes ne récidivent plus qu'il faut, à l'aide de peu de délabrements et de soins continus, mener les malades jusqu'à cet âge, et c'est la voie palatine qui s'y prête le mieux.

M. Anger termine la discussion en rappelant qu'il avait été chargé par Nélaton de faire des expériences sur la destruction des grosses tumeurs à l'aide d'injections interstitielles avec la potasse, l'acide nitrique et différents autres caustiques.

Traitement opératoire des luxations anciennes du coude.

C'est une observation de M. Lejars qui donne à M. Tillaux l'occasion de faire un rapport sur ce sujet. Il s'agit d'un ouvrier atteint de luxation complète du coude en arrière, méconnue depuis quatre mois et demi et ayant déterminé une ankylose rectiligne du bras droit avec mouvements de pronation et de supination possibles. Sans s'attarder aux manœuvres de force, la cure chirurgicale fut pratiquée à l'aide de deux incisions latérales; l'olécrane, fusionné à l'humérus, fut brisé, puis réséqué, et l'articulation, remplie d'ostéophytes, fut nettoyée avec soin. La tête radiale fut aussi supprimée; puis, après

suture exacte du triceps et des plaies profondes, la plaie fut réunie, et, aujourd'hui, le malade est absolument guéri et a ses mouvements actifs d'extension.

A ce propos, M. Tillaux discute les tentatives de réduction faites suivant la méthode de Farabeuf, suivant les *principes de rupture rationnelle*, et constate que, même la réduction obtenue, l'impotence se reproduit, car le périoste travaille et tend à refaire une ankylose. Sans discuter l'incision latérale, il préfère la section médiane avec laquelle il découvre l'articulation dans tous ses points, et est partisan de l'hémostase une fois la bande d'Esmarch enlevée.

C'est une *hémi-résection* qu'il faut donc pratiquer; mais il semble à M. Tillaux qu'il vaudrait mieux la faire porter sur l'extrémité inférieure de l'humérus afin de garder le crochet cubital et la tête du radius.

M. Quenu appuie ce que vient de dire son maître. Il a ainsi réduit complètement Farabeuf une luxation, et, malgré tous ses soins, les mouvements sont cependant restés très limités; et il en est de même quelquefois dans la résection pour luxation ancienne. Sur deux opérés, le premier a récupéré complètement ses mouvements; le deuxième, malgré les mouvements précoces, les appareils, a vu la mobilité se limiter et il faut attribuer cela à ce que certaines personnes ont de la tendance à faire de l'arthrite plastique. Il a observé des cas analogues à l'épaule.

M. Championnière est d'avis qu'il faut faire l'opération dès qu'on a franchi la période dans laquelle la réduction n'est plus aisée, et dans ces cas ne pas se contenter de l'arthrotomie, mais aller droit à la résection. Aujourd'hui, les résultats sont certains pour ce qui est de la récupération de l'extension et de la flexion. Il préférerait aussi supprimer la partie articulaire de l'humerus, et cela pour conserver la tête radiale. Ce sont les mouvements de pronation et de supination qui sont, en effet, les plus difficiles à obtenir. Il fait l'incision postérieure et a supprimé les ligatures, sans avoir jamais d'accidents. Mais il faut bien savoir que l'*avenir d'une résection* dépend de la mobilisation prématurée de la nearthrose. Il a pour sa part supprimé tout appareil, et commence les mouvements huit jours après l'opération.

M. Routier, en 1886, a traité par la cure chirurgicale une luxation ancienne de l'épaule, et a trouvé de nombreuses stalactites osseuses, la malade indocile fit elle-même la mobilisation de l'articulation et cela de bonne heure, et le résultat fut tel que cette jeune fille, qui avait alors 16 ans, et qui s'est mariée depuis, a assez de force pour maintenir son enfant avec le bras opéré.

A tout ceci, M. Berger répond qu'il faudrait être bien sûr que ces luxations accompagnées de fusion osseuse, n'aient pas été compliquées de fracture, même partielle, car dans les luxations anciennes, il n'existe d'ordinaire pas de soudure. Quant aux résections partielles, M. Berger ne les a pas appliquées à des luxations anciennes, mais à des ankyloses, et a été frappé de ce que ce mode d'intervention donnait peu de mobilité, et des tendances que l'ankylose avait à se reproduire.

La séance se termine par la présentation d'une pièce de cinq francs que M. Berger a enlevé de l'œsophage par l'œsophagotomie externe. M. Monod présente aussi un fibrome de la paroi postérieure de l'abdomen pris pour une tumeur de l'ovaire, et M. Reynier un fibrome utérin du ligament large pesant 16 kilos.

Eugène Rochard.

BIBLIOTHÈQUE

Traité descriptif des maladies de la peau. — *Symptomatologie et anatomie pathologique*, par H. Leloir et E. Vidal. — Quatrième livraison, Paris, 1893.

Cette partie de l'ouvrage de MM. Leloir et Vidal est à la hauteur des précédentes : c'est dire que l'on y retrouve la même précision magistrale dans les descriptions, la même érudition, le même esprit critique toujours sûr et élevé, la même fécondité en idées personnelles et originales, les mêmes marques d'une expérience consommée. Non seulement tout dermatologue, mais tout médecin, devra lire les chapitres consacrés aux engelures, aux éruptions artificielles, aux érythèmes, à l'érythrasma et au favus. Nous ne pouvons formuler qu'un vœu, c'est que les auteurs achèvent rapidement la publication de leur bel ouvrage, qui est un titre d'honneur pour notre école de Paris. Nous ne saurions trop les féliciter de l'avoir entrepris. Le livre est, pour le médecin producteur, un instrument nécessaire : seul, il lui permet de condenser, de présenter dans leur ensemble et de vulgariser les faits qu'il a fait connaître dans ses publications originales et d'exposer d'une manière durable ses vues personnelles. Quand les travaux originaux sont bons et les idées justes, comme c'est au plus haut degré le cas pour les auteurs de ce traité, le livre devient un puissant instrument de progrès pour la science et d'instruction pour les étudiants et les médecins. — H. Hallopeau.

COURRIER

L'Académie royale de médecine de Belgique rappelle qu'elle aura à décerner les prix suivants :

Faire l'étude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. Prix, 600 francs. Clôture du concours, 15 février 1895.

Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. Prix, 4,000 francs. Clôture du concours, le 1er février 1894.

— La Conférence sanitaire internationale a terminé ses travaux, qui sont, du reste, secrets.

Une convention a été signé par la France, l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, l'Italie, le Luxembourg, le Monténégro, les Pays-Bas, la Russie et la Suisse.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

DU TRAITEMENT DES DIFFORMITÉS CONSÉCUTIVES AUX FRACTURES BIMALLÉOLAIRES (FRACTURES DE DUPUYTREN) VICIEUSEMENT CONSOLIDÉES

Par M. le docteur Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale.

Les fractures de Dupuytren vicieusement consolidées ne constituent pas seulement une difformité des plus choquantes; elles sont, de plus, pour les sujets qut en sont atteints, la cause de troubles fonctionnels tellement graves que la station et surtout la marche deviennent souvent impossible.

Relativement à la difformité, elle se présente avec des caractères presque toujours les mêmes, résultant d'une forte déviation du pied, soit en dedans, soit en dehors. Dans l'immense majorité des cas, c'est la déviation en dehors que l'on observe, et c'est de cette seule variété que je m'occuperai.

Le pied se trouve donc, dans sa totalité, déjeté en dehors de l'axe de la jambe qui vient tomber plus ou moins en dedans du gros orteil; en outre, le bord interne du pied est abaissé, tandis que le bord externe se relève; enfin, il n'est pas rare que le pied se trouve légèrement porté en avant ou en arrière, en sorte qu'indépendamment de la subluxation du pied en dehors, il existe en même temps une très légère subluxation en avant ou en arrière.

Ces déplacements des pieds s'accompagnent d'une déviation plus ou moins accusée des extrémités inférieures des deux os de la jambe. Sur le péroné, fracturé à quelques centimètres au-dessus de l'interligne articulaire et vicieusement consolidé, on retrouve le déplacement du fragment inférieur, avec le coup de hache de Dupuytren et la déviation de la malléole externe en dehors.

Du côté du tibia, la malléole interne, fracturée plus ou moins haut, se montre plus ou moins volumineuse, déformée, déjetée en dedans ou en dehors.

J'ai dit que de semblables lésions rendaient souvent la station et la marche impossible. En effet, dès que le malade appuie son pied sur le sol, la déviation en dehors s'accuse de plus en plus, le pied se place en valgus, appuyant sur son bord interne; les ligaments sont tiraillés, d'où résultent de vives douleurs et uue claudication plus ou moins accentuée.

Si le malade persiste dans ses tentatives de marche, il est bientôt contraint de s'arrêter par suite de l'accroissement des douleurs qui deviennent intolérables, et qui bientôt s'accompagnent d'un gonflement du pied et de la partie inférieure de la jambe.

On conçoit les conséquences d'un semblable état de choses chez les malades de la classe ouvrière. Tout travail est rendu impossible, et les sujets, devenus de véritables infirmes, en arrivent parfois à marcher sur un pilon

avec la jambe fléchi, comme après une amputation; quelques-uns même réclament une mutilation.

Sans recourir à une semblable extrémité, nous sommes en mesure aujourd'hui de corriger ces difformités consécutives aux fractures bimalléolaires vicieusement consolidées et de faire disparaître les graves conséquences qu'elles entraînent à leur suite.

Quoique les annales de la science renferment déjà un certain nombre de faits dans lesquels cet heureux résultat a été obtenu, ces faits ne sont pas assez nombreux et l'attention n'a pas été suffisamment attirée sur cette question pour que l'on ait pu établir, d'une façon rigoureuse, quelle doit être la conduite du chirurgien lorsqu'il se trouve en présence de la difformité dont il s'agit.

Ayant eu à traiter récemment deux malades atteints de cette affection et ayant, à cette occasion, étudié avec soin tous les faits analogues qui ont été publiés, je crois pouvoir aujourd'hui tracer les règles qui devront guider le chirurgien dans le traitement de ces cas.

Les divers modes d'intervention opératoire qui ont été proposés et mis en pratique sont au nombre de quatre; ce sont : l'ostéoclasie ou redressement brusque, l'ostéotomie du péroné, l'ostéotomie combinée du péroné et du tibia, la résection tibio-tarsienne, ou mieux la résection du plateau tibial.

1° L'ostéoclasie ou redressement brusque ne saurait convenir, suivant moi, qu'aux cas relativement récents, ne datant pas de plus de quatre semaines. Dans ces conditions l'ostéoclasie manuelle réussit parfaitement; j'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'appliquer ou de la voir appliquer, et récemment encore, dans mon service, elle nous a donné un excellent résultat.

Je ne parle pas de l'ostéoclasie instrumentale qui a, je crois, fourni quelques succès dans les cas anciens ; mais c'est un moyen aveugle, et d'ailleurs nous manquons d'un appareil perfectionné qui permette d'agir avec sécurité et certitude.

2° L'ostéotomie du péroné, pratiquée au niveau même du siège de la fracture, a parfois suffi pour redresser les fractures bi-malléolaire vicieusement consolidées.

Elle a réussi entre les mains de plusieurs chirurgiens, MM. Polaillon, Gangolphe et Terrillon.

Mais souvent aussi elle reste insuffisante, et chez une de nos malades, ainsi que je le disais tout à l'heure, la section du péroné ne permettait qu'une réduction absolument imparfaite, et la difformité persistait presque entièrement.

3° L'ostéotomie combinée du péroné et du tibia paraît être le mode d'intervention qui convient le mieux dans la majorité des cas. M. Bertaux (de Nancy), qui a publié une bonne thèse sur le sujet qui nous occupe, considère cette double ostéotomie comme l'opération de choix dans le traitement des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées.

On compte, en effet, déjà à son actif un certain nombre de succès dus à MM. Poncet, Doyen, Decès, Reynier, Vautrin (de Nancy).

C'est grâce à cette double ostéotomie que j'ai pu corriger complètement la difformité considérable qui existait chez mes deux malades.

L'opération consiste à pratiquer d'abord la section du péroné, au niveau

de la fracture, puis à faire une ostéotomie cunéiforme, au niveau de la base de la malléole interne, en enlevant un coin à sommet externe, répondant à l'interligne articulaire et à base dirigée en dedans. La largeur de ce coin doit être proportionnée au degré de la déformation, et si l'opération est bien conduite, on voit, lorsque la réduction est parfaite, les deux bords de la perte de substance osseuse se mettre en contact.

Je reviendrai tout à l'heure sur quelques points de la technique opératoire.

4° Enfin, le dernier mode d'intervention applicable aux fractures de Dupuytren vicieusement consolidées, consiste dans la résection tibio-tarsienne, ou mieux dans la résection du plateau tibial, après résection d'une petite portion de la diaphyse du péroné au-dessus de la malléole externe, de manière à conserver celle-ci.

Cette opération a été surtout préconisée par M. Kirmisson, qui l'a pratiquée sept fois avec succès; elle a fourni également de bons résultats à MM. Charvot, Demons et Polaillon.

On comprend, en effet, qu'elle soit indiquée lorsque l'ostéotomie combinée du tibia et du péroné est insuffisante à corriger la difformité, dans ces cas, en particulier où la fracture est demeurée irréductible par suite de la présence d'un fragment intermédiaire détaché du tibia, ou bien lorsqu'il existe des lésions complexes.

Il est certain que, dans ces conditions, la résection est la seule opération susceptible de permettre la réduction, mais il faut reconnaître aussi que ce mode d'intervention opératoire est plus grave que les précédents, d'une exécution plus difficile, et que, malgré les succès qu'elle a donnés, elle doit forcément être inférieure au point de vue des résultats fonctionnels, aux autres opérations dont il a été question, c'est-à-dire à l'ostéotomie du péroné seul ou du péroné et du tibia, puisque ces opérations laissent l'articulation intacte, en sorte qu'après consolidation, le retour des fonctions doit être absolument parfait.

Après ce rapide exposé des moyens de traitement applicables aux fractures de Dupytren vicieusement consolidées, voici, selon moi, la conduite que devra suivre le chirurgien en présence d'une semblable difformité. Je ne parle, bien entendu, que des fractures anciennes qui ne sont plus justiciables de l'ostéoclasie manuelle.

On commencera par pratiquer l'ostéotomie du péroné, au niveau de la fracture; puis on tentera la réduction.

Si celle-ci ne peut être obtenue, on procédera immédiatement à l'ostéotomie cunéiforme du tibia, au niveau de la base de la malléole interne.

Enfin, si, malgré cette double ostéotomie, la réduction est encore impossible ou demeure imparfaite, on fera la résection qui permettra toujours de reconnaître et de faire disparaître la cause de l'irréductibilité.

En procédant, comme je l'indique, en supposant que l'on soit amené à faire la résection, chaque opération successive représentera, pour ainsi dire, un temps de l'opération la plus complexe.

Quelques mots de technique opératoire achèveront de faire mieux comprendre ma pensée.

En ce qui concerne l'ostéotomie du péroné, il importe de savoir que l'ostéotomie linéaire simple est toujours insuffisante, et qu'il faut, en réalité,

pratiquer sur cet os une perte de substance qui ne dépassera guère 1, 2 à 3 centimètres de longueur, même si l'on doit être conduit à pratiquer la résection du plateau tibial.

J'ai déjà dit que l'ostéotomie du tibia devait être cunéiforme et que les dimensions du cône à enlever devaient être proportionnées au degré de la déviation du pied. On ne devra pas craindre, si la réduction se fait incomplètement, de reprendre le ciseau et d'enlever de nouvelles lames osseuses, en élargissant la perte de substance, jusqu'à ce que la réduction de la difformité soit facilement obtenue et absolument parfaite. Dans ce cas, les deux faces de la perte de substance arrivent au contact, par suite de la mobilisation de la malléole interne.

Enfin, si la nécessité de la résection du tibia s'impose, en raison de la persistance de l'irréductibilité, on n'aura qu'à prolonger par le bas l'incision qui a servi à la résection du tibia ou à faire tomber sur cette incision une autre section répondant à l'interligne articulaire. On procédera ensuite à la dénudation du plateau tibial, dont on réséquera une épaisseur plus ou moins grande, pratiquant au besoin des coupes successives jusqu'à ce que la réduction soit obtenue. L'ouverture large de l'articulation permettra souvent alors de reconnaître la cause de l'irréductibiliié de la fracture et, en particulier, la présence d'un fragment détaché du tibia, que l'on devra extraire.

Je ferai remarquer, enfin, que la résection pratiquée dans ces conditions présentera ce grand avantage que le chirurgien aura conservé les deux malléoles, ce qui, au point de vue fonctionnel, présente une importance capitale.

(M. Duplay termine sa clinique en montrant les moules pris sur deux malades qu'il a opérés suivant les principes exposés précédemment, et chez lesquels l'ostéotomie cunéiforme du tibia lui a donné les résultats les plus satisfaisants, tant au point de vue de la correction, de la difformité qu'au point de vue du rétablissement des fonctions. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans et d'un homme de 33 ans, tous deux atteints de fractures de Dupuytren avec difformité considérable et impotence fonctionnelle complète, qui ont été opérés tous deux dans son service de la Charité et qui sont aujourdhui complètement guéris.)

REVUE GÉNÉRALE

Rôle de l'organisme dans la genèse des maladies infectieuses.

Par le docteur René Appert.

(Suite et fin)

Voies urinaires.

Une étude semblable des infections urinaires nous montrerait que les voies urinaires normales, faisant partie d'un organisme sain, présentent une immunité remarquable aux infections bactériennes. Si l'urèthre est peuplé de micro-organismes pathogènes dans un état de virulence très atténuée, latente, la vessie reste toujours aseptique; et ce n'est qu'à la suite de congestions, de rétentions prolongées que la vessie perd son

immunité et que la cystite microbienne se développe. Telles sont encore les cystites que l'on observe au cours de la grossesse, cystites à microbes vulgaires qui ont trouvé dans les organes congestionnés une réceptivité spéciale.

Suppurations et érysipèle.

Nous savons que le tégument externe donne asile, entre les lamelles épidermiques, à quantité de microbes, streptocoques, staphylocoques, etc., qui ne se différencient en rien des micro-organismes de l'érysipèle, du furoncle et des suppurations de toute nature.

Ainsi que M. Marfan l'a fait remarquer, le staphylococcus pyogène, qui existe à l'état normal à la surface de notre peau et dans nos cavités naturelles, ne devient pathogène qu'à l'occasion du trouble de l'organisme.

S'il s'agit d'un individu lymphatique, le staphylocoque engendre l'impétigo.

Si l'organisme est cachectisé, il donne naissance à l'ecthyma. S'agit-il d'un d'abétique, le staphylocoque peut faire ces énormes anthrax et ces gangrènes étendues, fréquentes chez ces malades.

L'expérimentation explique ces faits :

Ainsi, on peut introduire sous la peau de la paroi abdominale du lapin, le microbe de la suppuration, et, très souvent, il n'en résulte aucun dommage.

Mais il en est tout autrement, et la suppuration est presque certaine si les mailles du tissu cellulaire ont été distendues par un liquide peu irritant et, à plus forte raison, si elles ont été modifiées par quelque irritant chimique. C'est ce que l'on retrouve en clinique dans les érysipèles, les phlegmons des cardiaques, des œdémateux de tout ordre, chez lesquels la suppuration est si facile à se produire.

L'expérience d'Otto Bujwid est fort démonstrative à ce point de vue. Il a déterminé quelle était la dose nécessaire de culture de staphylocoque à injecter pour provoquer un abcès. Après s'être assuré qu'une dose inférieure ne provoquait plus rien, il a additionné cette même dose de culture d'une certaine quantité de sucre et il a vu que cette faible dose provoquait alors la suppuration.

De même certaines substances chimiques dont l'emploi est fréquent en chirurgie, telles que l'acide phénique et le sublimé, si elles sont employées à fortes dose, exercent sur les tissus une vive irritation.

Le traumatisme agit aussi en affaiblissant la vitalité des cellules. On peut voir se développer l'infection sous l'influeuce de micro-organismes qui ne deviennent pathogènes que pour un organe traumatisé, alors qu'ils seraient indifférents sur un viscère normal.

Dans tous ces cas, le micro-organisme n'a pas varié, mais c'est le terrain spécial qui a donné au microbe sa virulence exceptionnelle. C'est ainsi qu'une bactérie qui est impuissante à devenir pathogène sur un organisme normal peut provoquer de profondes lésions chez le strumeux, et entretenir ces inflammations si tenaces qu'on observe sur les enfants chétifs.

Furonculose et troubles digestifs. — Il est un autre état de l'organisme dont l'influence n'est pas douteuse sur l'apparition de certaines suppurations. Le trouble des fonctions digestives, à la suite d'écarts de

régime, d'une alimentation trop animale, trop alcoolique, de fatigues, est une cause très fréquemment constatée d'éruption furonculeuse; sur ce terrain prédisposé, les staphylocoques précédemment inoffensifs sur l'épiderme, envahissent les follicules.

Nous avons déjà insisté sur le rôle du diabète dans la pathogénie des suppurations, des gangrènes. La présence du sucre en excès dans les tissus agit de même pour l'éclosion du furoncle et de l'anthrax.

La menstruation ne paraît pas non plus indifférente. Le staphylocoque peut rester latent dans l'intervalle des périodes menstruelles et reprendre sa virulence au moment des règles. Il existe une furonculose menstruelle comme il existe un érysipèle menstruel.

Avec leurs causes déterminantes variables, et suivant le degré d'affaiblissement de l'organisme, la gravité, la marche, la terminaison de ces furoncles sera différente. Le furoncle peut n'être qu'une suppuration toute locale et très bénigne, ou, au contraire, s'étendre, donner lieu à ces anthrax énormes des diabétiques et des mauvais états généraux, qui peuvent entraîner la mort Suivant l'état de l'organisme, il faut donc dire, avec Nélaton: « il n'y a pas un anthrax, il y a des anthrax ».

L'éruption acnéique serait ainsi infectieuse et auto-inoculable de proche en proche. Les résultats du traitement vérifient cette influence, le traitement local, l'antisepsie soignée du tégument externe est insuffisante si le malade n'est pas soumis à un régime sévère; si le café, les liqueurs, les salaisons les poissons, gibier, etc., ne sont pas interdits. On voit, en effet, concorder souvent avec un nouvel excès, un écart de régime, une nouvelle poussée acnéique ou furonculeuse.

Phlegmon diffus. — Nous avons vu, en étudiant le streptocoque, qu'on ne pouvait distinguer le microbe de l'érysipèle de l'agent de la suppuration. Il n'y a pas non plus de caractères fixes qui permettent de séparer les agents pyogènes des suppurations limitées, des phlegmons simples, des phlegmons diffus. Quelle que soit la suppuration, c'est un streptocoque ou un staphylocoque de forme vulgaire qui doit être incriminé. Si on ne tenait compte que du microbe, toutes les suppurations devraient être semblables. Quels facteurs interviennent donc pour faire d'une suppuration circonscrite une suppuration diffuse, envahissante et gangreneuse? Est-ce la virulence du microbe qui est devenue plus active? C'est plutôt dans l'état de l'organisme qu'on en trouvera l'explication.

L'influence des dyscrasies sur l'évolution de ces suppurations diffuses est bien connue. Les vieillards affaiblis, les ivrognes, les cardiaques, les albuminuriques ont souvent des phlegmons diffus. Il sont très fréquents également chez les diabétiques, c'est là leur terrain de prédilection, et les tissus sont doués d'une si faible résistance que le traitement le mieux approprié ne parvient pas à les limiter.

Il en est de même des sujets profondément déprimés; une piqûre anatomique, bénigne chez un individu résistant, pourra entraîner un phlegmon diffus chez des malades alcooliques et surmenés. Les anciens avaient bien noté ces différences individuelles, et on disait que « tous les individus ne sont pas égaux devant le même cadavre ».

Nous avons cherché à établir dans ce travail que la maladie infectieuse reconnaît deux facteurs, le microbe et le trouble fonctionnel de l'organisme.

Les germes pathogènes que nous portons en nous, à l'état de virulence latente, ne deviennent virulents qu'à l'occasion d'un état pathologique de l'organisme, et les caractères de la maladie infectieuse dépendent plutôt de l'état de l'organisme impressionné par le virus que de la nature même de ce virus.

Il ne faut donc point oublier, cela est très important pour la prophylaxie et la thérapeutique, ainsi que l'a toujours soutenu M. le professeur Peter, que l'organisme joue un rôle capital dans la pathogénie des maladies infectieuses, et qu'on ne doit pas seulement voir dans la maladie un microbe, mais un organisme qui réagit et qui donne à la maladie son individualité suivant sa faiblesse ou sa résistance.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 avril 1893. — Présidence de M. Ferrand.

Sur le typhus exanthématique.

M. Le Gendre a observé trois cas de typhus exanthématique : le premier avait été considéré comme une fièvre typhoïde compliquée de purpura, on n'a pas pu faire l'autopsie; le second a guéri. Le troisième a seul fourni une observation complète avec autopsie et examen bactériologique.

La symptomatologie ne diffère pas de celle qu'on observe dans l'épidémie actuelle ; il faut noter cependant quelques particularités, tout d'abord du côté du myocarde : affaiblissement des battements, irrégularité du rythme; puis une parésie avec refroidissement de la jambe droite dus à une embolie de l'artère fémorale. A l'autopsie on trouva, en outre, des embolies de l'artère pulmonaire.

Au point de vue thérapeutique, il faut aussi noter l'influence nulle des bains tièdes progressivement refroidis et du sulfate de quinine contre l'hyperthermie.

Enfin, les recherches bactériologiques entreprises par M. Beausssenat, interne du service, ont montré la présence dans le sang pendant la vie, et dans tous les organes après la mort, d'un microbe présentant les caractères morphologiques du bacille d'Eberth et du coli-bacille, mais en différant par les caractères de culture. Les preuves manquent pour affirmer que c'est là un microbe pathogène.

M. Comby pense que la balnéation froide est meilleure dans le typhus que la balnéation tiède progressivement refroidie. Le malade dont il a parlé dans la précédente séance, et qui a guéri, avait pris 38 bains froids en six jours. La durée moyenne de ces bains doit être d'un quart d'heure.

M. Hanot a observé un des malades dont M. Le Gendre a parlé. C'était un vagabond qui fut conduit au Dépôt le 26 mars; mais ce n'est point là qu'il prit le typhus, car il était déjà malade depuis quelques jours ; le 28 mars, il entra à l'hôpital avec des symptômes typhiques; le quatrième jour, l'exanthème apparut. Ce malade fut bientôt envoyé dans le service de M. Le Gendre, et il guérit après avoir présenté tous les signes du typhus.

Actuellement, M. Hanot observe un autre malade entré depuis deux jours à l'hôpital; c'est un cas grave de typhus exanthématique. L'épidémie ne semble donc pas encore près de sa fin.

Diagnostic du typhus exanthématique.

M. Netter : Les premiers cas de typhus ont partout prêté à de graves erreurs de diagnostic. Il serait cependant très important, au point de vue des mesures prophylactiques, de faire ce diagnostic le plus tôt possible; cela aurait évité bien des cas de contagion. Comme signes de diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde, on a signalé le début brusque, la stupeur plus profonde, l'éruption plus abondante, plus généralisée, et à caractère pétéchial, le degré plus élevé de la température, la terminaison rapide, critique; enfin, à l'autopsie, l'absence de lésions intestinales et les résultats négatifs de la recherche du bacille typhique.

Mais il est des cas frustes dans lesquels l'éruption, par exemple, peut manquer. Dans de tels cas, on aura utilement recours aux éléments diagnostiques suivants, tirés de l'étiologie, et qui permettent un diagnostic rétropectif :

1° Epoque de la maladie : le typhus est une maladie d'hiver et de printemps.

2° Age des malades, sensiblement plus élevé que l'âge moyen de la fièvre typhoïde.

3° La condition sociale : le typhus frappe surtout les gens misérables, les vagabonds; il faut excepter toutefois la contagion hospitalière.

4° La fréquence de la contagion, très rare dans la fièvre typhoïde.

5° On s'enquerra surtout de l'état des sœurs, des infirmiers, des médecins; ces personnes sont les meilleurs réactifs du typhus, si l'on peut s'exprimer ainsi.

6° L'existence antérieure de la fièvre typhoïde chez les sujets atteints.

7° La marche rapide de l'affection.

8° La proportion élevée des décès (30 p. 100 dans l'épidémie actuelle).

MM. Rendu, Catrin et Richardière insistent sur la difficulté du diagnostic du typhus.

MM. Thibierge et Le Gendre pensent que la création dans les hôpitaux de *salles d'attente* affectées aux malades chez lesquels il est impossible d'affirmer immédiatement l'existence d'une maladie contagieuse comme le typhus, rendraient des services considérables.

Un cas de fièvre typhoïde compliquée de diphtérie

M. Catrin (Val-de-Grâce) présente l'observation d'un malade entré à l'hôpital avec tous les signes d'une fièvre typhoïde, évoluant normalement avec des allures bénignes. Au bout de huit jours, les symptômes commençaient à s'amender, lorsque tout à coup la température remonta. On vit alors apparaître sur les amygdales des plaques blanchâtres; on pensa qu'il s'agissait d'une simple angine pultacée. Peu à peu la voix s'enroua, les ganglions sous-maxillaires augmentèrent et des accès d'oppression se produisirent. Les fausses membranes envahirent toute la gorge et le nez. L'examen bactériologique démontra qu'il s'agissait d'une angine diphtérique. Le malade mourut dans un accès de suffocation. L'autopsie montra que les fausses membranes s'étendaient jusque dans les bronches. Cette observation confirme la gravité de la diphtérie survenant au cours de la fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 avril 1893. — Présidence de M. Dareste.

Sommaire : Arthus : La coagulation du lait. — Curtis et Combemale : Micro-organisme du typhus exanthématique. — Gilbert et Lion : Myélites syphilitiques.

M. Arthus : Si l'on examine un sang extrait des vaisseaux, coagulant spontanément, et un lait caséifié par le labferment, on est nécessairement frappé de la ressemblance que présentent les deux phénomènes de coagulation du sang et de caséification du lait.

Le sang coagule en masse, donnant une gelée peu résistante à la pression, à brisure irrégulière vitreuse, le lait de vache donne un caséum massif présentant la même apparence que le caillot sanguin.

Les deux caillots se rétractent plus ou moins rapidement, plus ou moins énergiquement, suivant la température, suivant la réaction et la salure du milieu dans lequel ils ont pris naissance. Ils expulsent un sérum clair tenant en solution des sels et des substances albuminoïdes. Les caillots sont, dans les deux cas, essentiellement constitués par une substance fondamentale, fibrine et caséum, englobant les éléments en suspension, globules du sang et globules du lait.

La coagulation du sang et la caséification du lait sont des phénomènes de fermentation chimique retardés ou arrêtés par une température basse, accélérés par une température voisine de 40°. Les agents de ces transformations, fibrinferment et labferment, s'obtiennent par les procédés généraux de préparation de ferments solubles.

La production de la fibrine et celle du caséum exigent l'intervention de deux substances génératrices : une substance albuminoïde et un sel de chaux, ce dernier jouant le rôle de substance fibrinoplastique et de substance caséoplastique. Le sang décalcifié et le lait décalcifié ne donnent pas de fibrine et pas de caséum.

Le phénomène de fermentation qui s'accomplit dans le sang et dans le lait qui coagulent est un phénomène de dédoublement. Le fibrinogène et la caséine sont dédoublés en deux substances albuminoïdes; le poids de la fibrine et du caséum est toujours moindre que le poids du générateur fibrinogène et caséine.

L'un des produits de dédoublement, fibrine et caséum, est précipité, l'autre reste en solution dans le sérum.

Les produits principaux du dédoublement fibrine et caséum, présentent une constitution chronique comparable : ce sont des composés albuminoïdes-métalliques; ils ont des propriétés chimiques qui les rattachent directement à leur générateur, fibrinogène et caséine; la fibrine comme la fibrinogène est une globuline coagulable à 56°; le caséum comme la caséine est une caséine.

Il faut cependant signaler quelques différences entre les deux phénomènes de coagulation du sang et de caséification du lait.

Par battage du sang, on peut séparer des globules, la fibrine sous forme filamenteuse; le battage du lait soumis à l'action du labferment ne permet pas de séparer le caséum sous forme de filaments.

Le fibrinferment ne transforme pas le fibrinogène des liquides décalcifiés; le labferment transforme en caséogène la caséine du lait décalcifié.

Les sels de strontium peuvent être substitués aux sels de calcium dans la coagulation du sang; les sels de baryum et de magnésium ne peuvent pas être substitués à ces sels; il n'y a donc que deux fibrines. Dans la caséification du lait, les sels de strontium, de baryum et de magnésium peuvent être substitués aux sels de calcium ; il y a donc quatre caséums.

Enfin, le dédoublement du fibrinogène par le febrinferment donne lieu à la production de deux globulines, c'est-à-dire de deux substances appartenant à la classe de leur générateur; le dédoublement de la caséine par le labferment donne lieu à la production d'une caséine et d'une protéose, c'est-à-dire de deux substances, dont l'une appartient à la classe de son générateur, dont l'autre appartient à une classe essentiellement distincte.

MM. Curtis et Combemale ont profité de l'épidémie de typhus exanthématique qui sévit à Lille pour rechercher quel microorganisme on rencontrait dans le sang et les organes des malades atteints ou ayant succombé à cette affection. La communication de

MM. Duflef et Brühl à l'Académie de médecine les a forcés de hâter la publication de résultats acquis dès le 23 mars; leurs recherches sur ce sujet continuent.

En ensemençant sur agar, sur gélatine, sur sérums le sang de douze typhiques, et l un d'eux pendant huit jours consécutifs de l'infection confirmée, à tous les stades et dans toutes les formes de la maladie, tous les essais de culture ont été infructueux.

Des cultures tentées sur le cadavre, avec la rate, le cerveau, le liquide ventriculaire, ont, au contraire, été fertiles; sur gélatine, les cultures de premier jet avortent toujours, qu'il s'agisse de pulpe splénique ou de substance cérébrale; sur bouillon, agar ou serum, au contraire, cette même pulpe splénique, cette même substance cérébrale et le liquide ventriculaire donnent lieu, au bout de deux ou trois jours de séjour à l'étuve, à 37°, à des enduits grisâtres qui, répartis sur divers milieux, végètent là où avortaient les cultures de premier jet. La colonie obtenue est constituée par un micro-organisme qui se présente sous la forme d'un très petit diplocoque, se groupant parfois au hasard des préparations en pseudostreptocoques ou en pseudostaphylocoques.

Le microorganisme a été isolé dans trois cas, sur six autopsies, pratiquées au point de vue bactériologique; c'était 12, 8 et 2 heures après la mort que le prélèvement d'organes avait été fait chaque fois, et dans chacun de ces trois cas la rate était gonflée, le cerveau œdémateux ou congestionné. Dans les autres autopsies faites un peu plus longtemps après la mort ou alors que la période infectieuse était dépassée, la recherche du diplocoque n'a pas été couronnée de succès.

MM. Gilbert et Lion, dans un mémoire datant de 1889, ont décrit les types anatomiques de syphilis médullaire précoce; ils les ont désignés sous les noms de méningo-myélite hypérémique et nécrobiotique, de méningo-myélite diffuse embryonnaire, de méningo-myélite diffuse scléreuse et de méningo-myélite gommeuse. Parmi les lésions nombreuses de la syphilis médullaire, l'artérite et la phlébite sont primitives, mais elles ne constituent pas à elles seules le processus tout entier.

M. Déjerine soutient que les myélites précoces de la syphilis tiennent à une altération des vaisseaux.

Pour rendre les injections de suc testiculaire indolores, il suffit, dit M. Brown-Séquard, de mélanger intimement, en agitant la seringue, le suc concentré et l'eau distillée.

COURRIER

La presse médicale et même certains journaux politiques ont appelé à juste titre, l'attention du public sur un fait grave qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu, lors de la maladie de notre pauvre camarade Lallemand, mort du typhus exanthématique. On sait qu'il fut transporté *ex abrupto* à l'annexe dans un état très inquiétant, et placé dans la salle commune avec les vulgaires coquins du Dépôt, qui formaient en ce moment la presque totalité des individus atteints de typhus.

Nous ne nous dissimulons pas les terribles rigueurs de l'hygiène; mais on peut, on doit les adoucir et avoir quelques égards pour ceux qui meurent victimes de leur dévouement aux malades; aussi, sans rechercher sur qui, dans l'administration de l'Assistance publique retombent les responsabilités, nous bornons-nous à demander si les mesures ont été prises pour que pareil fait ne se reproduise pas. Il ne faut pas oublier que, demain, le même cas peut se représenter.

Hôpital Laennec. — *Cours de médecine pratique.* — Le docteur Landouzy, professeur

agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, y commencera, le jeudi 27 avril, un cours de médecine pratique.

Le jeudi : Dr Landouzy, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (clinique).

Le vendredi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique).

Le samedi : Dr Paul Claisse, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (séméiotiques).

Le lundi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique).

Le mardi, 10 heures : consultation; le mercredi, 9 heures 1/4, examen des malades.

Le lundi et le vendredi : Dr Queyrat, 2 heures, exercices pratiques de bactérioscopie appliquée au diagnostic des maladies communes (diphtérie, tuberculose, fièvre typhoïde, pneumonie, charbon, tétanos, etc., etc.).

Le cours complet durera deux mois; pour les exercices pratiques de microbiologie au laboratoire, les places étant limitées, s'inscrire d'avance au laboratoire, le matin, de 9 heures à 10 heures.

Le Congrès international de médecine a Rome (septembre 1893). — Plusieurs de mes confrères ont fait courir, à Paris, le bruit que le XIe Congrès international de médecine, qui doit avoir lieu à Rome en septembre prochain, allait être remis à une date ultérieure, dans la crainte de l'éclosion d'une épidémie cholérique ou autre.

On m'a écrit pour attirer mon attention sur ce bruit. J'ai immédiatement télégraphié à M. le professeur Maragliano, secrétaire général du Comité central italien. Voici le texte même de la dépêche que j'ai reçue jeudi soir 20 avril, à une heure trois quarts :

« *On n'a pas actuellement de raison pour reculer le Congrès. Bruit inexact. Santé publique en Italie excellente. Veuillez démentir.* « Maragliano. »

Je démens.

Marcel Baudouin,
Serétaire général du Comité français d'initiative et de propagande,
14, boulevard Saint-Germain.

Nécrologie. — M. le médecin en chef de la marine en retraite E. Girard la Barcerie, officier de la Légion d'honneur.

— La mortalité par le cancer serait en progression en Angleterre, d'après M. Roger William. De 1 sur 140 décès en 1838, elle est montée à 1 pour 74 en 1850; 1 pour 62 en 1860; 1 pour 54 en 1870; 1 pour 40 en 1880, et 1 pour 28 en 1890. Le même accroissement s'observe en Écosse, en Norvège, en Hollande, en Prusse, en Australie. En Irlande seulement, la mortalité par le cancer serait plutôt en décroissance.

Maladie du larynx, du nez et des oreilles. — Le docteur Castex reprendra son cours à sa clinique, 52, rue Jacob, le mardi, 2 mai, à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie.

On s'inscrit, 52, rue Jacob, les mêmes jours, de trois heures à cinq heures.

— La semaine dernière, le général baron Berge et les médecins principaux Albert et Viry ont inauguré une nouvelle voie ferrée qui, reliée à la ligne des quais du Rhône, conduit à l'intérieur de l'hôpital militaire. Un wagon spécial d'ambulance prend les malades dans les deux grands quartiers où sont l'infanterie et la cavalerie, et les conduit à l'hôpital. Il faut espérer que Lyon ne sera pas seul à profiter de ce système.

— Un concours s'ouvrira, le 27 novembre 1893, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Rouen.

— Un concours s'ouvrira, le 27 novembre 1893, devant la Faculté de médecine de Paris,

pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Tours.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 avril 1893, la chaire d'anatomie descriptive de la Faculté de médecine de Nancy et déclarée vacante.

— Un concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira à l'hôpital Saint-André, le mardi 20 juin prochain.

Un concours de médecin adjoint des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira à l'hôpital Saint André, le mardi 4 juillet prochain.

— La conférence sanitaire de Dresde a pris fin. La Turquie, l'Asie-Mineure et la Perse, comme il paraissait désirable d'amener rapidement une entente pour les Etats européens en vue de la nouvelle épidémie cholérique qui menaçait de se répandre, et comme on ne pouvait éviter le terrain politique en étendant à l'Orient les questions à étudier et à résoudre, n'y avaient pas été conviées. La France, aujourd'hui, désire lancer les invitations pour une conférence spéciale qui siégera à Paris et sera appelée à régler les mesures quarantenaires à prendre pour l'Orient.

Cour d'appel de Bruxelles. — « En supposant un dommage causé par le traitement qu'a fait subir un médecin agréé par l'administration des chemins de fer, cette dernière n'encourrait pas de responsabilité de ce chef; un médecin ne peut être considéré comme étant un préposé de ladite administration, laquelle ne saurait ni diriger ni suivre des soins médicaux. » (*Journal des tribunaux*, 5 mars.)

— Les directeurs d'un asile d'aliénés, aux États-Unis, s'étant persuadés que la castration, — l'ovariotomie, — devait être un excellent agent thérapeutique dans les cas d'aliénation mentale, firent choix de cinquante patientes et commencèrent à s'exercer. Tout alla fort bien jusqu'à la cinquième patiente, qui s'avisa de mourir après l'opération. Les opérateurs en éprouvèrent quelque ennui, mais ils auraient bien passé par-dessus, si quelques personnes n'avaient mis leur nez dans l'affaire et exigé une enquête officielle. Cette enquête aboutit naturellement à l'interdiction absolue de la continuation de la petite expérience, que l'on condamna comme illégale, brutale et inhumaine, du moment où il n'existe pas de symptômes spéciaux indiquant l'utilité de l'ovariotomie. (*Rev. scientifique.*)

— Il vient d'être décidé en Amérique que toutes les vaches suspectées de tuberculose seraient sacrifiées et que les propriétaires seraient indemnisés par l'Etat. (*British med. Journal.*)

— Le Conseil municipal vient de voter la création d'une nouvelle maternité à l'hôpital Saint-Antoine. Elle renfermera 62 lits.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Par décret du 18 avril ont été nommés, dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat : au grade de médecin de 2e classe, M. L.-F.-A. Portel, médecin de 2e classe de la marine, et MM. E.-C. Gaudemard, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine, et L.-S. Fabre, docteur en médecine.

— M. le médecin de 1re classe Féraud sera embarqué sur un des paquebots des Chargeurs Réunis ou de la Compagnie Fraissinet, comme médecin convoyeur des rapatriés du Dahomey.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE

LA DÉSINFECTION SANITAIRE

La petite épidémie de typhus qui suit tranquillement son cours, et dont il a été plusieurs fois question dans les numéros précédents, a mis en lumière l'utilité de la désinfection et l'importance du service d'assainissement récemment organisé à Paris.

Le typhus est, en effet, la maladie qui réclame le plus impérieusement ce genre de purification. Né de l'encombrement, de la malpropreté et de la misère, il est aujourd'hui relégué dans les prisons et dans quelques pauvres villages bretons; s'il en sort parfois, c'est pour s'éteindre bien vite, car il ne peut pas vivre en dehors de son milieu et des conditions déplorables qui l'y entretiennent. C'est ce milieu qu'il faut assainir, ces conditions qu'il faut faire disparaître, et la petite épidémie que nous traversons a fait connaître au public l'insalubrité des prisons, que les hygiénistes seuls connaissaient auparavant. On a nettoyé quelques-unes de ces écuries d'Augias, en commençant par le Dépôt, le grand violon de Paris, par lequel passent tous les gens arrêtés dans la ville avant d'être répartis entre les prisous. Des milliers de détenus y déposent incessamment leurs miasmes et les germes des maladies dont ils sont porteurs; les murs en sont imprégnés comme les parquets, et c'est merveille qu'il n'y éclate pas plus souvent d'épidémie.

La désinfection de cet entrepôt de germes contagieux a été opérée avec une rapidité et un soin qui font honneur au *Service central d'hygiène et de salubrité de l'habitation* récemment institué par le préfet de la Seine, ainsi qu'au docteur A.-J. Martin, qui en est le chef. En quatre jours, avec un personnel qui a dépassé cent personnes à certains moments, on a désinfecté 176 cellules, 5 salles communes, 4 préaux, 15 promenoirs, 2 infirmeries, 5 logements particuliers, 8 bureaux, 4 petites salles, les escaliers, les couloirs et les passerelles, les caves et les magasins, plus de 124 appareils de vidange et près de 300 chutes, soit, au total, environ 150,000 mètres superficiels (1). La literie, les vêtements et tous les objets mobiles, au nombre de 2,270, ont été transportés aux étuves municipales. Le Dépôt avait été évacué avant cette opération; il a été réoccupé le 20 avril.

L'infirmerie de la prison de la Santé a été également désinfectée. Des mesures analogues ont été prises dans les prisons et les hôpitaux des autres

(1) Je dois ces renseignements à l'obligeance de M. A.-J. Martin, inspecteur général du service.

villes envahies par le typhus; elles contribueront pour une forte part à l'extinction de l'épidémie; mais le typhus n'est pas la seule maladie qui réclame la désinfection. Toutes les affections contagieuses sont dans le même cas, et son introduction dans la police sanitaire internationale a déjà permis de réduire dans de très fortes proportions les quarantaines et la séquestration qu'on est obligé d'imposer aux navires suspects.

La police sanitaire a été le berceau de la désinfection. Elle a pris naissance dans les lazarets, et l'Intendance de Marseille excellait, au siècle dernier, dans cette opération. La purification des marchandises et des passagers s'y accomplissait avec tant de soin et de méthode que les administrations étrangères y envoyaient leurs navires suspects de peste. Les pratiques auxquelles on s'y livrait étaient purement empiriques. Elles reposaient sur ce principe qu'il fallait avant tout désinfecter l'air, et on répandait, dans les pièces à purifier ou à bord des navires, les vapeurs âcres et suffocantes de l'orpiment, du cinabre, de l'arsenic et du sublimé. Pour les marchandises, on avait surtout recours à l'exposition au grand air, c'est ce qu'on appelait la *sereine*. Ces mesures, fondées sur la tradition, se sont continuées jusqu'à la fin du siècle dernier, où le chlore, découvert en 1774 par Scheele, a remplacé tous les autres désinfectants. Les fumigations au chlore gazeux firent naître les espérances les plus démesurées D'après Guyton de Morveau, leur inventeur, elles devaient triompher de toutes les contagions et de la peste même.

Les chlorures alcalins les détrônèrent plus tard, grâce aux efforts de Labarraque; elles étaient encore en pleine vogue en 1832, lorsque le choléra arriva en France; elles partageaient, avec les cigarettes de camphre, la confiance du public. Je me souviens encore de la toux suffocante dont nous étions saisis dans le petit collège de Saint-Brieuc, lorsqu'on y répandait, d'une main libérale, une bouillie de chlorure de chaux, sur les planchers de nos classes qui n'avaient jamais été lavés depuis la construction de l'ancien couvent où je commençais mes études.

Cette période d'empirisme s'est prolongée jusqu'au moment encore s rapproché de nous où M. Pasteur a démontré que la transmission des maladies contagieuses était due à des êtres vivants, où il a fait connaître les conditions de leur existence et de leur multiplication, ainsi que les moyens de les détruire. C'est de ce jour que date l'ère de la désinfection scientifique, telle qu'on la pratique aujourd'hui. Délicate dans ses moyens, méticuleuse dans son emploi, elle est absolument sûre, quant au résultat, lorsqu'aucune faute n'est commise, lorsqu'aucune précaution n'est négligée, ainsi que l'a démontré l'antisepsie chirurgicale, qui a été la première application et le plus éclatant triomphe de la méthode.

La désinfection s'adresse aux personnes, aux objets et aux locaux contaminés. Elle a pour agents les désinfectants et la chaleur. Cette dernière ne peut s'appliquer qu'aux objets.

Désinfectants. — Toutes les substances antiseptiques ont été successivement étudiées par la méthode expérimentale et leur puissance microbicide a été mesurée; on est arrivé de cette façon à un choix qui n'est peut-être pas définitif, mais qui suffit pour remplir toutes les indications.

On a renoncé aux *parfums*, aux *fumigations* des lazarets; le *chlore* lui-

même a été abandonné parce que son action est incertaine, superficielle, qu'elle exige une saturation complète de l'atmosphère et l'humidité des objets à désinfecter. Il est dangereux pour le personnel par la toux qu'il provoque, pour les métaux qu'il attaque, pour les tissus qu'il décolore, et, enfin, il est coûteux.

L'acide sulfureux, qui jouissait encore, il y a quelques années, d'une réputation fondée sur d'antiques services et qu'on employait couramment pour la désinfection des locaux et des vêtements, n'inspire plus aujourd'hui la même confiance. Il fut sévèrement jugé au Congrès de Vienne, et, depuis, les expériences ont confirmé ce discrédit. M. Thoinot a étudié ses effets, dans le laboratoire de M. Pasteur, sur les différentes espèces de microbes, et il a reconnu que le vibrion septique et la bactéridie charbonneuse n'étaient pas détruits après quarante-huit heures de séjour dans une atmosphère d'acide sulfureux provenant de la combustion de 80 grammes de soufre par mètre cube et qu'il fallait en brûler de 50 à 60 grammes par mètre cube pour détruire, en vingt-quatre heures, les microbes de la morve, de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, du choléra et de la diphtérie (1). Le docteur Cassedebat s'est livré à des recherches analogues qui l'on conduit à des résultats encore moins encourageants, et il termine son important mémoire par la conclusion suivante : « L'acide sulfureux, aux plus hautes « doses qu'il soit possible d'atteindre dans la pratique, même en saturant « l'atmosphère d'humidité, est un antiseptique trop inconstant pour le « préconiser dans la désinfection des virus étudiés (2). »

Ajoutons qu'il est tout aussi irritant que le chlore pour les bronches, qu'il rend inhabitables pour plus de vingt-quatre heures les locaux désinfectés et qu'il attaque aussi les tissus.

Les désinfectants dont on se sert aujourd'hui le plus volontiers sont l'acide phénique et le bichlorure de mercure.

L'acide phénique s'emploie en solution dans l'eau; la solution forte en renferme 5 grammes pour 100 et la solution faible 2 pour 100, c'est un désinfectant très sûr; toutefois, il a un peu perdu de sa réputation et on lui préfère généralement, aujourd'hui, le bichlorure de mercure en solution dans l'eau à raison de 1 gramme pour 1,000 (solution forte) ou de 1 gramme pour 2,000 (solution faible). Le bichlorure ainsi étendu est moins caustique, moins toxique et n'a pas l'odeur désagréable de l'acide phénique. Il peut être employé sans danger, car la solution forte, qui n'est autre chose que la liqueur de van Swieten, s'administre à l'intérieur, depuis des siècles, dans le traitement de la syphilis, à raison de 15 à 30 grammes par jour. Cette supériorité n'a rien qui doive surprendre. Le mercure est le parasiticide par excellence, c'est un poison universel pour les organismes inférieurs, et il devait tôt ou tard prendre la première place dans la désinfection. L'iode seul lui est supérieur, et l'iodure de mercure est sans contredit le plus puissant des antiseptiques, mais son prix le rend inabordable dans la pratique.

---

(1) Thoinot : Etude sur la valeur désinfectante de l'acide sulfureux. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1890, p. 500, et *Annales d'hygiène publique*, 1890, p. 337.)

(2) Dr Cassedebat : Action de l'acide sulfureux sur quelques bactéries pathogènes. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1891, t. XIII, p. 1095.)

On a renoncé au sulfate de fer qui a eu une grande vogue il y a vingt ans, mais on a conservé le sulfate de cuivre et le chlorure de zinc, dont on se sert surtout pour la désinfection des linges contaminés, des vases de nuit et des cabinets d'aisance. On les emploie en solution à raison de 20 ou de 50 grammes par litre, suivant l'emploi qu'on veut en faire. On se sert parfois aussi de lait de chaux pour désinfecter les liquides des déjections, on en met 2 p. 100 de leur volume.

Je ne dis rien du *cresyl*, de la *créoline*, du *litol*, du *salol*, du *thymol* et d'une foule d'autres composés qu'on préconise tous les jours, parce qu'on n'est pas encore assez bien fixé sur leur valeur et que je n'envisage la question qu'au point de vue pratique.

Chaleur. — La chaleur est le plus puissant moyen de destruction des microbes, mais elle ne s'applique qu'aux objets transportables, tels que linge, vêtements, objets de literie, et nous verrons plus loin que certaines étoffes trop altérables ne résistent pas à la température qu'il faut atteindre pour la désinfection.

La chaleur humide est beaucoup plus énergique que la chaleur sèche, et traverse beaucoup plus facilement la trame des objets à désinfecter ; aussi après bien des tâtonnements on s'est arrêté à la vapeur d'eau.

La supériorité des étuves à vapeur sous pression est aujourd'hui universellement reconnue. Les premières qui ont été construites en France sont sorties des ateliers de M. Le Blanc. Elles lui avaient été commandées par le ministère de la marine, à la demande du conseil supérieur de santé que je présidais alors, et qui en a surveillé l'exécution (1). Les étuves ont été entreprises en 1881, le marché conclu au mois de septembre 1882, et la première a été envoyée immédiatement au Sénégal, où toute la literie des hôpitaux avait été brûlée à la suite de la formidable épidémie de fièvre jaune de 1878. On en a envoyé successivement dans nos autres colonies ; elles y fonctionnaient depuis longtemps, alors qu'on préférait encore en France les étuves à chaleur sèche. Depuis lors, les avantages de la vapeur qui nous avaient séduits en 1881 ont été reconnus par tout le monde ; la maison Geneste et Herscher qui s'était d'abord montrée peu favorable aux étuves Le Blanc (2) les a adoptées en perfectionnant le modèle primitif, et en a répandu l'usage. Ses étuves sont aujourd'hui répandues partout et donnent les meilleurs résultats. Ces habiles ingénieurs ont imaginé depuis des étuves locomobiles montées sur des roues et qui sont traînées par un ou deux chevaux. Elles se rendent ainsi sur les points où leur emploi est réclamé par quelque épidémie.

Les étuves locomobiles sont également installées sur des *chalands à désinfection*, et embarquées à bord des grands transports qui viennent de pays suspects.

Je ne donnerai pas la description de ces étuves, parce que cela m'entraînerait trop loin, mais j'indiquerai dans un second article la façon dont elles fonctionnent.

Jules Rochard.

(1) Rochefort ; Communication sur les étuves à désinfection de la marine. (Société de médecine publique, séance du 26 décembre 1883. *Revue d'hygiène* 1884, t. VI, p. 53.)

(2) Voir l'opinion exprimée par M. Ch. Herscher à la Société de médecine publique le 26 décembre 1883. (*Revue d'hygiène* 1884, t. VI, p. 57.)

ÉTIOLOGIE DE LA COQUELUCHE (contagion et contage).

Par Henri Richardière, médecin des hôpitaux (1).

La seule cause de la coqueluche est la *contagion*. Longtemps mise en doute, et même niée formellement par des médecins illustres tels que Stoll, Laënnec, etc., la contagiosité de la coqueluche est actuellement admise par tous les observateurs. D'innombrables faits la démontrent. Elle est affirmée par le récit des épidémies et par les observations nombreuses qui montrent tous les enfants d'une même famille, les parents eux-mêmes, atteints par la maladie qui a sévi primitivement sur un des enfants.

La coqueluche ne se déclare pas spontanément. Elle dérive toujours d'une contagion antérieure. Elle peut sévir épidémiquement dans un pensionnat ou dans un village, à la suite de l'arrivée d'un malade atteint du catarrhe infectieux. Dans les grandes villes de l'Europe, la maladie règne à l'état endémique, le germe se propageant et entretenant sa vitalité par une série ininterrompue de contagions successives.

La coqueluche ne reconnaissant pas d'autre cause appréciable que la contagion, son étiologie se borne à la recherche des conditions adjuvantes qui forment la prédisposition ou qui confèrent l'immunité.

Parmi les conditions prédisposantes, il faut mettre en première ligne l'*âge des individus*. La coqueluche est surtout et presque exclusivement une maladie de l'enfance. Cependant, aucun âge n'est à l'abri de la maladie, et souvent l'apparente immunité de l'âge adulte ne tient qu'à une atteinte antérieure. La vieillesse n'empêche pas le développement de la coqueluche. Un fait récent cité par Hale White concerne une femme de 80 ans.

L'enfance est frappée par la coqueluche avec une extrême fréquence, et cela à toutes ses périodes. D'après René Blache, les cas les plus nombreux seraient observés dans le cours de la troisième année. En pareille matière, les chiffres n'ont qu'une valeur relative. Si les cas de contagion sont peu nombreux dans les premiers mois de la vie et très fréquents à partir de la deuxième et de la troisième année, la cause en est seulement dans les rapports de plus en plus fréquents des enfants avec les autres enfants de leur âge.

Les enfants nouveau-nés ne sont pas indemnes. Si un enfant naît dans un milieu où règne la coqueluche, il est ordinaire de le voir contracter la maladie. Bouchut a vu un nouveau-né qui fut contaminé deux jours après sa naissance et eut des quintes de coqueluche dès le dixième jour.

La coqueluche congénitale, se manifestant par des quintes caractéristiques dès la naissance de l'enfant issu d'une mère atteinte de coqueluche, a été observée par Rilliet et Barthez. Ces auteurs ont vu un nouveau-né présenter des quintes très violentes qui apparurent le jour même de la naissance. La mère de cet enfant était atteinte de coqueluche depuis un mois au moment de ses couches.

Les saisons et les conditions météorologiques ont été pendant longtemps considérées comme des causes prédisposantes. Les saisons de transition (printemps, automne) ont été particulièrement incriminées. Il résulte

(1) Extrait d'un volume de la collection Charcot-Debove : *La coqueluche*, par H. Richardière. Chez Rueff, éditeur.

toutefois des chiffres réunis par Henri Roger, qui a étudié 1,571 cas de coqueluche, que ces cas se répartissent à peu près également par trimestre.

Les conditions telluriques, la race, l'habitation n'ont aucune importance au point de vue de l'étiologie.

Le sexe n'a aucune influence. Dans un relevé considérable fait par Rosen et portant sur plus de 40,000 cas, on sait que la coqueluche atteint également les garçons et les filles.

Les enfants vigoureux sont aussi facilement frappés que les enfants débiles.

Il n'existe pas d'antagonisme entre la coqueluche et les autres maladies de l'enfance. Elle atteint fréquemment des enfants encore malades ou convalescents. L'association de la coqueluche avec les autres maladies de l'enfance est fréquente dans les hôpitaux d'enfants où les petits malades sont souvent placés dans des salles où la coqueluche règne en permanence.

De l'immunité contre la coqueluche.

On ne counaît qu'une seule cause certaine d'immunité contre la coqueluche; c'est une atteinte antérieure de la maladie. Une coqueluche antérieure préserve presque absolument de toute nouvelle atteinte. L'immunité ainsi conférée est plus puissante que l'immunité donnée par la variole et la fièvre typhoïde contre une récidive de ces maladies.

Les récidives de coqueluche sont toul à fait exceptionnelles. Beaucoup de médecins ayant passé de longues années dans les hôpitaux d'enfants n'en ont jamais observé. Rilliet et Barthez, Bergeron déclarent n'en avoir vu aucun cas. Plus heureux, H, Roger affirme en avoir observé cinq cas parfaitement authentiques, et rappelle que West et Trousseau en ont également observé : le premier, un cas; le second, deux cas. Un cas de récidive de coqueluche a été signalé récemment par notre collègue Le Gendre.

Abstraction faite de l'immunité conférée par la coqueluche contre la coqueluche elle-même, certains individus ont une immunité naturelles dont nous ne connaissons ni la nature ni les causes.

Cette immunité naturelle n'est pas spéciale aux adultes. Elle existe également dans l'enfance Dans un travail de Budert sur la prédisposition à la coqueluche, on voit, en effet. que, dans un village près d'Haguenau, où sévissait une épidémie de coqueluche, sur une population de 418 enfants, 366 seulement ont eu la coqueluche. Par conséquent, 52 qui n'avaient pas eu antérieurement la coqueluche avaient une immunité naturelle, au moins temporaire. Les chiffres donnés par Budert montrent que l'immuuité est proportionnellement beaucoup plus forte pour les enfants de 10 à 14 ans.

De la propagation du contage.

La contagion de la coqueluche ne s'opère pas à distance. Le germe n'est pas entraîné par l'air atmosphérique ni répandu par l'usagc des eaux de boisson. C'est par contact direct avec un coquelucheux que la maladie se transmet.

La durée nécessaire du contact est d'ailleurs fort variable. Dans certains cas, les enfants prennent la coqueluche après s'être trouvés quelques minutes seulement en présence d'un malade. Il n'est nécessaire que le con-

tact soit intime, il suffit qu'il y ait le voisinage rapproché d'un coquelucheux. Témoin le fait suivant :

Un dame, assise dans un jardin public, surveille son enfant, âgé de 3 ans, qui joue auprès d'elle. Survient une autre personne qui s'assied à quelques mètres et fait placer près d'elle une petite fille qui l'accompagne. Au bout de quelques minutes, cette petite fille est prise d'une quinte de toux convulsive. Effrayée et redoutant justement la coqueluche, la première maman se sauve précipitamment avec son enfant qui était resté éloigné de plusieurs mètres de la petite tousseuse. Malgré cette fuite rapide, quinze jours plus tard, l'enfant était atteint d'une coqueluche caractéristique.

Dans ce cas, il a suffi de quelques minutes pour que la contagion puisse s'effectuer. Parfois, il semble nécessaire qu'il y ait des contacts multipliés.

On voit, en effet, souvent, dans une famille où sévit la coqueluche, des enfants vivant avec d'autres enfants déjà atteints par la maladie n'être frappés qu'au bout de plusieurs semaines (H. Roger).

L'observation des faits montre que la coqueluche peut être transmise par les malades à plusieurs mètres de distance. On peut en conclure que c'est l'air expiré, et particulièrement l'air expiré après la quinte entraînant avec lui des particules solides de l'expectoration, qu'il faut considérer comme le véhicule du contage.

Tout porte à croire, en effet, que le germe animé de la coqueluche réside dans les excrétions qui accompagnent la quinte. Aussi, on comprend que ce germe, facilement entraîné par les secousses de la toux quinteuse, puisse aller porter la contagion à une certaine distance. Les crachats des coquelucheux doivent donc être tenus pour dangereux et soigneusement désinfectés.

Le germe de la coqueluche contenu dans l'expectoration et chassé par l'air expiré peut s'attacher aux vêtements des personnes qui ont été en contact avec les coquelucheux, aux vêtements des médecins en particulier. Il peut être ainsi transporté à distance. Dans un fait, emprunté à H. Roger, un enfant atteint de fièvre typhoïde et, par conséquent, gardé à la chambre, eut, au bout de plusieurs semaines, une coqueluche qui lui fut apportée par son médecin, qui soignait en même temps des malades atteints de coqueluche. A plus forte raison, les appartements dans lesquels ont séjourné des coquelucheux doivent être et interdits aux enfants en bonne santé.

La contagiosité de la coqueluche varie aux différentes périodes de la maladie. Elle est nulle ou à peine marquée à la première période. Elle a son maximum d'intensité pendant la deuxième période, au moment des quintes. Est-elle encore contagieuse à la troisième période ? Pour certains auteurs, pour Hoensler en particulier, ce serait à cette période qu'elle aurait son maximum de virulence. Cette opinion n'est généralement pas admise. On admet qu'un fois les quintes disparues, la contagiosité de la coqueluche n'est plus à redouter dans la majorité des cas.

La coqueluche peut cependant être encore contagieuse à la troisième période. Le fait suivant le démontre d'une manière certaine : dans une famille où un enfant de six ans était malade de la cocheluche, un autre enfant, âgé de onze à douze ans, placé dans un collège des environs de Paris, fut tenu à l'écart de la maison familiale pendant près de quatre mois. Au bout de ce temps, comme le petit coquelucheux était presque

complètement guéri (il n'avait plus qu'une toux insignifiante et les quintes n'existaient pour ainsi dire plus), le collégien fut autorisé à venir passer un dimanche dans sa famille. L'appartement avait été désinfecté avec soin. Malgré ces précautions, le collégien contracta une coqueluche très intense, bien que, au dire des parents, il fût resté peu de temps en présence de son frère convalescent et que, pendant leur entrevue, le petit convalescent n'ait eu aucune quinte.

(A. suivre.)

Rhumatisme articulaire aigu réveillé par un traumatisme.

Quand un traumatisme agit sur un individu donné, il ne produit pas toujours les mêmes effets. Si le sujet traumatisé était sain auparavant, vierge de toute maladie infectieuse récente ou constitutionnelle, tout se borne à une réaction locale plus ou moins marquée suivant l'intensité du traumatisme éprouvé. Si, au contraire, le blessé est en puissance d'une maladie constitutionnelle quelconque, s'il est de souche néoplasique, on peut voir survenir soit une nouvelle manifestation de sa diathèse, soit les premiers symptômes d'un néoplasme malin ou bénin.

C'est aux travaux du professeur Verneuil que l'on doit la connaissance des faits auxquels nous venons de faire allusion. Nombreuses sont les observations rapportées dans les Mémoires de chirurgie du savant professeur où on voit des manifestations syphilitiques, tuberculeuses, etc., réveillées par les traumatismes les plus divers Ces faits sont, aujourd'hui, bien connus et iis ont reçu une éclatante confirmation de la physiologie expérimentale. Les belles expériences de Max Schuller sur la tuberculisation des articulations traumatisées chez des animaux auxquels il avait inoculée précédemment la tuberculose sont restées classiques.

L'observation que nous allons rapporter peut être rapprochée de cas précédents : elle constitue, croyons-nous, une preuve bien nette en faveur des idées soutenues par le professeur Verneuil.

Le nommé X..., âgé de 50 ans, cocher, entre à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Albert Robin, le 8 avril 1893.

Antécédents héréditaire nuls.

Il a eu, en 1832, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu survenu à la suite d'un refroidissement, localisé aux deux genoux et soigné à l'hôpital Necker pendant deux mois.

En 1884, seconde atteinte, soignée à Beaujon, survenue dans les mêmes conditions et ayant intéressé également les genoux.

Six jours avant son entrée actuelle à l'hôpital, il fit une chute de voiture et se contusionna fortement l'épaule, le coude et la main droite. La veille de son admissisn à la Pitié, un léger mouvement fébrile apparut, et les jointures contusionnées, l'épaule exceptée, devinrent le siège d'une tuméfaction marquée avec rougeur de la peau et douleurs vives.

Le jour de son entrée, la température est de 38°6. Rien du côté du cœur.

Il était évident qu'une nouvelle attaque de rhumatisme, amenée par le traumatisme, s'était déclarée. Le traitement par le salicylate de soude amena, au bout de quelques jours, la résolution complète des phénomènes fluxionnaires et vint encore confirmer l'exactitude du diagnostic.

Cette observation est d'autant plus probante que les deux attaques précédentes s'étaient localisées aux genoux, et que, cette fois, ce sont les articulations lésées qui ont été le siège de la nouvelle manifestation morbide. Mais, si la constatation du fait est facile, il n'en est pas de même de son interprétation. Pourquoi et comment le traumatisme peut-il amener l'apparition d'une « propathie » ancienne? La réponse est difficile. La théorie du microbisme latent est celle qui semble actuellement le mieux rendre compte de cette pathogénie obscure. Il est impossible d'affirmer qu'elle soit l'expression de la vérité.

Maurice MICHEL,
Interne des hôpitaux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le typhus exanthématique

M. PROUST donne lecture du rapport de M. Napias sur le développement du typhus exanthématique. Le premier cas constaté à Paris l'a été sur un individu enfermé au Dépôt et qui venait de Lille; probablement, cet homme avait été contagionné, dans le cours de son voyage, en passant à Amiens. Le premier malade de Lille avait aussi gagné la maladie à Amiens dans un asile où il y avait déjà des malades qui venaient de pays situés à l'Ouest. C'est donc peut-être de Bretagne que le typhus actuel tire son origine.

Voici la liste des cas observés jusqu'à ce jour :

Seine : Paris, 91 cas, 38 décès. — Seine-Inférieure : Cas douteux à Pierrecourt et Blangy. — Somme : Amiens, 93 cas, 39 décès; Abbeville, 33 cas, 6 décès; Saint-Riquier, 6 cas, 2 décès (?).

Cas signalés dans 9 autres communes du département : Seine-et-Oise : Versailles, 5 cas; Pontoise, 14 cas; Mantes, 7 cas; Poissy, quelques cas (?). — Eure : Gisors, 8 cas, 4 décès; Etrépagny, 13 cas, 4 décès. — Oise : Beauvais, 24 cas, 6 décès; Fontaine-Saint-Lucien, 1 cas, 1 décès; Senlis, 1 cas, 1 décès. Quelques cas à Compiègne, Beaumont, Marines. — Nord : Lille, 40 cas, 13 décès; Dunkerque, 2 cas, 1 décès.

Actuellement, le typhus a disparu de Lille, mais il se produit encore quelques cas à Paris.

La suture des nerfs.

M. LE FORT n'admet pas que les expériences de M. Laborde, faites sur des animaux, soient suffisamment probantes pour démontrer que le rapprochement des nerfs ne rétablit pas au moins une certaine sensibilité. En effet, si, sur l'homme, on peut constater l'existence d'une sensibilité atténuée, cette constatation est impossible à faire chez l'animal qui ne réagit d'une façon visible qu'à la douleur.

M. Le Fort est partisan des idées de Laugier, qui a professé que, lorsque l'on mettait en contact les deux bouts d'un nerf sectionné, l'influx nerveux passait, comme l'électricité, à travers un conducteur rompu dont les deux extrémités sont de nouveau rapprochées. Comme la sensibilité peut reparaître instantanément, cette théorie semble admissible.

Ayant extirpé une tumeur maligne du creux sus-claviculaire et enlevé en même

temps une des branches du plexus brachial, M. Le Fort vit la sensibilité reparaître après quelque jours. Or, il est évident que le nerf n'avait pu se régénérer aussi vite.

Un jeune homme ayant eu le cubital sectionné, M. Le Fort pratiqua la suture du nerf; la sensibilité reparut, mais, peu à peu, elle diminua et bientôt disparut. Dans une nouvelle opération, on réséqua une cicatrice fibreuse, un fibrome qui s'était fait à l'extrémité des nerfs, et ces dernières furent affrontées. La sensibilité reparut alors définitivement.

On ne peut dire ici que la sensibilité récurrente a joué un rôle, puisqu'elle n'avait pas reparu à la suite de la première intervention; de même le choc traumatique n'a pu avoir aucune influence.

En résumé, il suffirait du simple contact des extrémités nerveuses pour rétablir instantanément la sensibilité, et cette sensibilité persiste si la soudure des deux bouts du nerf se fait par du tissu nerveux.

— M. Le Dentu n'a jamais vu la sensibilité reparaître immédiatement après la suture nerveuse; mais, dans un cas, l'élongation et, dans un autre, la suture ont fait disparaître les troubles trophiques. Aussitôt après les opérations, ces troubles ont guéri. Quelle est l'explication de ces faits? Elle est difficile à donner et M. Le Dentu ne partage ni les idées de Laugier ni celles de M. Laborde. Il est probable qu'il y a là une action dynamogésique.

Traitement de la neurasthénie

M. Constantin Paul : La neurasthénie est un épuisement nerveux.

Elle peut être physiologique à la fin de la vie, lorsque la mort survient dans un grand âge sans maladie; c'est la fin naturelle, malheureusement trop rare.

La neurasthénie morbide est produite par un épuisement des forces nerveuses ne permettant plus au système nerveux de se recharger des forces nouvelles suffisantes pour les dépenses journalières de la vie.

La transfusion nerveuse, faite avec une dilution de la substance grise du cerveau et habituellement du cerveau de mouton, provoque la production de nouvelles forces nerveuses. C'est un tonique nerveux par excellence. Le premier bénéfice de cette transfusion est de donner un peu de sommeil, condition nécessaire pour la transformation des forces alimentaires en forces physiologiques.

Ces forces reviennent le plus souvent dans le même ordre. D'abord, l'émotivité diminue, les sens se réveillent, l'intelligence se développe. Puis l'appétit revient, les forces physiques augmentent; alors la thérapeutique ordinaire redevient active quand elle n'agissait pas auparavant. Une chose à remarquer, c'est l'heureuse influence de la transfusion nerveuse sur la force du cœur. Enfin, quand l'organisme a repris son équilibre, la virilité reparaît comme complément de la guérison.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel d'asepsie, par le docteur C. Schimmelbusch, assistant à la clinique chirurgicale du professeur von Bergmann, à Berlin. Traduction française par le docteur Ch. Debersaques, assistant de clinique chirurgicale à l'Université de Gand. — Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon (1893).

Les premiers chapitres de ce petit livre sont consacrés à l'étude du principe du pansement antiseptique, de l'infection par l'air et par contact, des agents d'infection des

plaies. C'est la partie théorique de l'ouvrage, elle est d'une lecture intéressante et instructive.

M. Schimmelbusch s'attache à nous faire connaître les procédés d'asepsie employés à la clinique de son maître, le professeur von Bergmann, mais nous ne saurions trop le féliciter d'avoir insisté sur les procédés simples, qui permettent au chirurgien de procéder à l'improviste aux opérations les plus importantes avec une absolue sécurité.

Après avoir fait une étude détaillée des moyens qui permettent d'obtenir l'asepsie des mains et du champ opératoire, l'auteur recommande, pour la stérilisation des instruments, l'eau bouillante additionnée de 1 p. 100 de sel de soude, leur immersion dans cette solution pendant quelques secondes suffit pour tuer les bactéries de la suppuration et l'ébullition pendant cinq minutes répond à toutes les exigences de la pratique.

L'ébullition de l'eau pendant cinq minutes encore peut être considérée comme suffisante pour la stérilisor.

L'auteur, après avoir longuement étudié la stérilisation des pansements, dit que, pour qu'ils protègent bien les plaies, il faut, avant tout, qu'ils puissent absorber complètement toutes les sécrétions qu'elles produisent, aussi recommande-t-il l'emploi du pansement sec.

Tout praticien peut préparer des fils aseptiques.

Le fil métallique est vite stérilisé par l'ébullition, on le conserve ensuite dans l'alcool.

Le catgut peut être facilement aseptié par la méthode de von Borgmann : « On le traite par une solution de sublimé à 1 p. 100 dans de l'alcool à 70 p. 100 de concentration. Cette action doit se prolonger au moins pendant quarante-huit heures, et il est préférable de la rendre plus longue. La solution doit être renouvelée tous les deux jours aussi longtemps qu'il se forme encore un trouble. Alors, seulement, on met le catgut dans l'alcool ordinaire pour y être conservé. »

La désinfection des fils de soie s'obtient aisément par l'ébullition dans la solution sodique bouillante, la même qui sert à stériliser les instruments.

L'auteur n'a rien négligé pour rendre son manuel complet; il y étudie la stérilisation des seringues et des solutions pour injections hypodermiques, celle des cathéters, des bougies uréthrales, etc., etc.

En somme, manuel bien fait et qui sera consulté avec fruit. — A. D.

L'INOCULATION PRÉVENTIVE CONTRE LE CHOLÉRA MORBUS ASIATIQUE, par le docteur J. FERRAN, directeur du laboratoire microbiologique municipal de Barcelone. Traduit par le docteur DUHOURCAU (de Cauterets). — Société d'éditions scientifiques.

Afin d'éclairer le public médical et scientifique sur ce que fut son œuvre, le docteur J. Ferran a jugé utile de publier une édition française de son livre. Et, pour le mettre à la hauteur de la science actuelle, il l'a revu et notablement augmenté de notes et de documents inédits.

La traduction en a été faite par un de nos hydrologues pyrénéens, qui connaît à fond l'Espagne, et qui signala le premier les travaux du docteur J. Ferran dans la presse médicale française.

Cet ouvrage, en même temps qu'il constitue une page curieuse de l'histoire médicale contemporaine, étudie une question des plus graves au double point de vue de l'hygiène et des relations internationales.

FORMULAIRE

Formule de caféine pour injections sous-cutanées.

a — Benzoate de soude.................. 7 grammes.
Caféine...................................... 4 —

Placer ces corps dans une capsule, dissoudre à chaud avec un peu d'eau, verser dans éprouvette chauffée au bain-marie, puis laver la capsule et ajouter de l'eau pour faire 16 centimètres cubes; filtrer sur ouate hydrophile; la seringue de Pravaz, de 1 centimètre cubes, contiendra 0 gr. 25 centigrammes de caféine.

COURRIER

Nomination. — On affirme que le docteur Chantemesse est nommé inspecteur général-adjoint des services sanitaires. Nous nous abstenons de tout commentaire au sujet de cette nomination imprévue.

Docteurs en médecine reçus par les facultés françaises pendant l'année 1891-1892. — Le nombre des docteurs en médecine reçus en 1891-92 par les sept Facultés françaises a été de 635, en augmentation de 41 sur l'année précédente.

1891-1892: Bordeaux, 74; Lille, 14; Lyon, 108; Montpellier, 53; Nancy, 10; Paris, 371; Toulouse, 5.

Honoraires confortables. — D'après la *St-Petersb. med. Woch.*, le nabab de Rampur a donné à un médecin militaire anglais, qui l'avait guéri d'un rhumatisme articulaire, 10,000 livres sterling (250,000 francs) pour trois mois de soins.

Les honoraires les plus élevés qu'un médecin ait touchés sont ceux donnés par l'impératrice Catherine II au docteur Dimsdale, qui avait été appelé à Pétersbourg pour lui faire la variolisation. Il reçut : 1° 10,000 livres sterling à titre d'honoraires; 2° 2,000 livres sterling (50,000 francs) comme frais de voyage; 3° le portrait de l'impératrice; 4° les titres de baron, de conseiller d'Etat et de médecin particulier de l'impératrice; 5° enfin une pension viagère annuelle de 500 livres sterling (12,500 francs).

Le professeur Sacharin (de Moscou), appelé en consultation auprès d'un millionnaire nommé Tereschtschenko, a reçu pour cela 14,000 roubles et son assistant 2,000 roubles.

Nécrologie. — Thaly, médecin de marine à la Martinique. — Hosteing, de Paulliac. — Mouronval, d'Avesnes. — Tardieu, d'Orange. — Lafont, de Sainte-Soulle. — Morlot, de Dijon.

M. le médecin-inspecteur Baudoin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, est placé, à dater du 22 avril 1893, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Mutations dans le corps de santé des colonies :

MM. le médecin principal Canolle, le médecin de 1re classe Parnet et le pharmacien en chef de 2e classe Gandaubert sont appelés à servir au Tonkin;

M. le médecin de 2e classe des colonies Lautour est appelé à servir à la Guadeloupe;

MM. les médecins de 2e classe Gaudemard et Fabre, nouvellement promus, sont appelés à servir, le premier, au Congo, le second, au Soudan.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

ÉTIOLOGIE DE LA COQUELUCHE (contagion et contage).

Par Henri Richardière, médecin des hôpitaux (1).

(Suite et fin).

Du contage de la coqueluche. — La contagiosité si évidente de la coqueluche a fait soupçonner depuis longtemps que son contage devait être un parasite vivant, probablement contenu dans l'air expiré par les malades et dans les produits expectorés. Linné, puis Rosen de Rosenstein ont admis les premiers la nature parasitaire de la coqueluche, mais sans pouvoir donner aucune démonstration à l'appui de leur opinion. En 1867, Poulet, ayant trouvé des infusoires dans l'air expiré par des enfants atteints de coqueluche, crut avoir découvert le parasite de cette maladie. En raison de l'époque où furent faites les recherches de Poulet, et en l'absence de toute notion bactériologique précisée, il est permis de supposer que les micro-organismes qu'il donnait comme spéciaux à la coqueluche feraient partie des variétés de germes qu'on rencontre en si grand nombre dans l'organisme et particulièrement dans la cavité buccale. Quelques années après la communication de Poulet, Letzerich, dont on retrouve les recherches dans l'étiologie de toutes les maladies infectieuses, pensa également avoir mis

(1) Extrait d'un volume de la collection Charcot-Debove : *La coqueluche*, par H. Richardière. Chez Rueff, éditeur.

FEUILLETON

Souvenirs du typhus du Ruisan.

Les quelques cas de typhus qui viennent de se montrer si soudainement à Paris ont rappelé l'attention sur la persistance de cette affection dans quelques provinces, en Bretagne particulièrement. Ils ont conduit à prononcer le nom d'un petit village des environs immédiats de Brest, le *Ruisan*, devenu célèbre un moment par l'épidémie qui y a sévi si cruellement il y a déjà plus de vingt ans et par le remarquable travail que fit paraître à ce sujet le docteur Gestin. De cette époque et de ces faits, il m'est resté surtout deux souvenirs; mais, avant de les raconter, j'ai voulu revoir ce petit hameau.

C'était un des coins qui m'étaient le plus familiers dans mon enfance; mes promenades m'y ramenaient sans cesse et il m'avait laissé l'impression de quelque chose d'exquis, d'un petit bout de pays frais, vert, ravissant. En sortant de la ville, dès qu'on avait franchi la porte percée dans les énormes murailles, chef-d'œuvre de Vauban, on était tout de suite en pleine campagne. Le chemin longeait d'abord quelques échoppes, une ou deux auberges, puis montait tout droit, bordé de lavoirs qui mettaient dans l'air tout

en évidence le germe contage de la coqueluche dans les produits de l'expectoration. Il décrivit les parasites de la coqueluche comme des micrococci formant les flocons blanchâtres, visibles dans les produits expectorés. Letzerich cultiva ces germes sur de l'eau sucrée, les vit se développer et former un mycelium muni de spores.

D'après Letzerich, ces parasites de la coqueluche se développeraient sur les amygdales, dans la gorge et la partie supérieure du larynx.

Ces recherches n'ont guère qu'un intérêt historique, en raison de la défectuosité des procédés employés par les auteurs qui se sont occupés de bactériologie avant les découverte de Passteur.

Les recherches microbiennes contemporaines sur la coqueluche, quoique tentées à différentes reprises, n'ont pas encore donné de résultats certains. Parmi les auteurs qui se sont occupés de ces recherches, nous citerons Burger, qui dit avoir trouvé dans les crachats des coqueluchеux un microbe spécial qu'il n'aurait jamais trouvé dans d'autres circonstances. Ce microbe se trouverait dans tous les cas de coqueluche et son abondance serait en rapport avec l'intensité de la maladie.

D'après Burger, ce microbe se trouve spécialement dans les petites masses floconneuses qu'on voit dans les crachats. Il se présente sous la forme de bâtonnets droits ayant une longueur double de leur largeur. Un étranglement situé à la partie moyenne du bacille lui donne une forme en biscuit. Burger a pu colorer ce microbe par la méthode employée par Koch pour la préparation du bacille de la tuberculose.

On voit que les caractères de ce germe sont peu significatifs. Comme, d'autre part, il n'a été ni cultivé ni inoculé, on peut conserver des doutes sur ses rapports exacts avec la coqueluche.

Les recherches d'Afanassiew, contrôlées par Wendt, sont plus importantes. Si les résultats annoncés par Afanassiew sont vérifiés, il y a de grandes probabilités pour que cet auteur ait vu le véritable microbe de la coqueluche. C'est encore dans le liquide expectoré après les quintes qu'Afanassiew a découvert le microbe qu'il décrit. Il dit l'avoir trouvé dans tous

---

un bruit et toute une gaieté : caquetage des femmes, claquements des battoirs, papillottement des linges blancs secoués au vent, — vêtements vides que la brise gonfle en leur donnant des apparences de formes irréelles, excessives, grotesques. Vingt pas encore et le petit bourg s'annonçait joyeusement par la découverte, au tournant de la route, d'une sorte de guinguette — *Bals et repas de noces; Jeux de boules* — avec une balançoire entrevue dans des charmilles. Douze ou quinze maisons petites, basses, les escaliers de pierre faisant saillie à l'extérieur, les fenêtres grandes comme des lucarnes, cet humble voisinage donnait à la *Renommée* (ainsi s'appelait le cabaret où l'on faisait des agapes nuptiales) une apparence de château princier. Mais les petites maisons n'avaient pas l'aspect triste ou misérable qu'on aurait pu croire. Sous le lait de chaux éclatant de lumière dont leurs façades sont toujours badigeonnées, ces masures bossuées, ondulées, tordues, qui se penchent comme à la recherche d'un appui, ont un air étrangement heureux. On dirait de petites vieilles très cassées qui se réjouissent entre elles de revoir encore une fois le soleil après un dur hiver.

Le village franchi, on s'engageait dans une route nommée l'*allée Verte*, qui était encore bien plus jolie que son nom; c'était quelque ancienne avenue seigneuriale ayant mené jadis à la résidence des sires de *Quilbignon*. Elle était large comme un boulevard et

les cas de coqueluche où il a eu l'occasion de faire des recherches.

Le microbe d'Afanassiew est une bactérie de la longueur de 0μ6 à 2μ2.

Par la culture sur gélatine, ce microbe se développe sous formes de petites colonies. de couleur jaune brunâtre, de forme arrondie ou ovalaire. Sur l'agar agar, les colonies ont une coloration gris blanchâtre.

C'est sur la pomme de terre que ce microbe se développe le plus facilement et le plus rapidement. Il y forme d'abord une couche épaisse, de couleur jaunâtre. Bientôt cette couche prend une couleur brune; au bout de peu de temps, toute la surface de section de la pomme de terre est envahie par les colonies.

Afanassiew a tenté l'inoculation de ce microbe et est arrivé à des résultats positifs après inoculation des cultures dans la trachée et dans les poumons de jeunes chiens et de jeunes chats. Il aurait ainsi déterminé des accès de toux coqueluchoïde, bientôt accompagnés de bronchite ou de broncho-pneumanie.

Les travaux d'Afanassiew ont été confirmés par Wendt dans une revue bactériologique sur la coqueluche. Wendt dit, en effet, avoir recherché le bacille d'Afanassiew dans tous les cas de coqueluche qu'il a eu à observer, et l'avoir constamment rencontré. Il ne l'a trouvé que pendant la période des quintes et jamais avant leur apparition, pendant la première période.

Dans une récente communication à la Société de médecine de Berlin (1), Ritter décrit un autre microbe comme spécifique de la coqueluche. Il l'a trouvé, chez deux enfants atteints de coqueluche, renfermé dans des corpuscules blanchâtres, mélangés aux mucosités expectorées. Le microbe isolé par Ritter est extrêmement petit. Il se présente sous forme de diplocoque dont les cocci isolés sont arrondis avec un léger aplatissement à leur centre.

Ce microbe est aérobie. Il se développe le mieux entre 36 et 38°. Il ne cul-

(1) Société de médecine de Berlin, séance du 2 novembre 1892. (*Semaine médicale* du 9 novembre 1892.)

---

encaissée de deux hauts talus couronnés d'ajoncs, tapissés de ronciers blancs de fleurs au printemps, noirs de mûres en été et dont les longues branches souples ruisselaient à terre. Entre elles, par milliers, s'élançaient les hampes empourprées des digitales agitant leurs clochettes rouges. Elle était bordée de ces vieux chênes plusieurs fois séculaires, si vieux que l'arbre a disparu et qu'il n'en reste plus que l'écorce. Mais sa grande supériorité, ce qui en faisait surtout le charme et lui avait valu son nom, c'était le beau tapis vert de mousse et de petite herbe courte qui la recouvrait entièrement en remontant un peu de chaque côté, le long de la ligne des chênes; cela donnait au chemin une forme concave élégante et toute gracieuse. On avait l'impression de marcher dans le creux d'une longue vague de velours. Du ciel, on ne voyait que ce qu'il plaisait aux branches entrelacées d'en laisser voir.

Tels sont les souvenirs qui m'étaient restés du *Ruisan*.

A de longues années de distances, j'ai trouvé tout celà presque aussi changé que moi-même. L'*allée Verte* a disparu sous des remblais et des nivellements; la *Renommée* a pris cet air lamentablement triste des choses abandonnées qui ne servent plus, qui ne serviront plus jamais; les vieilles maisons seules sont restées les mêmes, à peine plus branlantes, à peine plus près de la ruine définitive. Toute la poésie du lieu s'en étan

tive pas au-dessous de 30° ni au-dessus de 42°. Les cocci isolés prennent toutes les dispositions possibles (amas, chaînettes droites ou courbes).

Ritter a inoculé ce microbe à deux chiens : un de ces animaux succomba à une pneumonie; l'autre survécut. L'inoculation du microbe dans la trachée de ces animaux détermina chez eux une toux semblable à celle de la coqueluche.

VINGT-DEUXIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE,

tenu à Berlin du 12 au 15 avril 1893

Le Congrès français de chirurgie à peine terminé, nous devons immédiatement rendre compte de la vingt-deuxième réunion des chirurgiens allemands qui vient d'avoir lieu à Berlin du 12 au 15 avril sous la présidence de M. Kœnig (de Gœttingue).

Comme on le voit, c'est le mois d'avril qui a été choisi dans les deux pays; mais il faut remarquer que l'Allemagne a attendu la fin des congés de Pâques pour ouvrir ses Congrès, ce qui, comme nous le disions dans un précédent numéro, nous paraît plus favorable à leur éclat et plus en accord avec les intérêts de chacun.

Comme nous le faisions aussi remarquer, les séances ne durent que trois journées, pendant lesquelles on communique sans trêve. Cette durée nous paraît suffisante. Il n'y a du reste, pour s'en convaincre, qu'à lire les quantités de sujets traités par les Allemands pendant ce laps de temps. Elle est plus en rapport avec les intérêts professionnels que la période d'une semaine assginée en France aux séances du Congrès.

Beaucoup de sujets ont été abordés; mais il n'y a pas eu de grandes discussions; aussi, préférons-nous de beaucoup la manière de faire adoptée chez nous et qui consiste à fixer à l'avance deux questions sur lesquelles,

---

allée, je n'ai plus été frappé que par ce qu'il avait de laid, et, pour la première fois, j'ai remarqué qu'une partie du village était contiguë au mur d'un cimetière. Mais j'ai retrouvé deux maisons qui avaient abrité, pendant l'épidémie d'il y a vingt ans, l'une un grand dévouement et l'autre une grande misère.

Quand il s'agit de dévouement, on s'attend presque toujours à voir le récit s'éclairer de quelque figure de femme. C'en est une, en effet, qui fut, au Ruisan, la providence des malheureux typhiques. Elle vivait seule pendant une absence de son mari, maître d'équipage de la marine, qui faisait alors une campagne lointaine. Elle était partout, veillant à l'exécution des soins les plus répugnants ou les plus minutieux. Les conseils qu'on donnait n'étaient suivis que s'ils passaient par son intermédiaire. Les mesures de désinfection n'avaient pas alors la précision presque mathématiques qu'elles ont acquises depuis, mais on ne les négligeait point, et il suffisait de les lui indiquer pour être certain que tout serait fait et bien fait. Elle apportait, à comprendre l'importance de nos désirs, une intelligence qui n'avait d'égale que sa fermeté à en exiger la minutieuse réalisation. Son zèle ne s'employait pas seulement à la garde et aux soins des malades; son activité s'étendait à des choses d'ordre purement scientifique, comme était la recherche des cas et de leur filiation.

après une année et plus de travail et de réflexions, chaque chirurgien peut venir donner son opinion.

L'extirpation des tumeurs du foie a fait l'objet des premières communications et il en a été cité plusieurs cas. VON BERGMANN (de Berlin) a enlevé par la laparatomie un adénome tubulaire à cellules cylindriques de la glande hépatique; BARDELEBEN (de Berlin) a aussi opéré avec succès un sarcome du même organe et KUSTER (de Marbourg) a eu affaire à un carcinome de la vésicule biliaire et perdit sa malade de septicémie, ayant traité la tumeur, par la striction du pédicule à l'aide d'un lien en caoutchouc.

Tous ces différents chirurgiens, ainsi que KOENIG (de Gœttingue), ont signalé les difficultés de l'hémastose et plusieurs d'entre eux coupent le pédicule formé à l'aide du thermo-cautère; mais cette section par le feu ne suffit pas à arrêter l'hémorrhagie et, dans plusieurs observations, le tamponnement seul à la gaze iodoformée a permis de devenir maître de l'écoulement sanguin. On devra cependant essayer toujours de pratiquer l'occlusion du pédicule à l'aide de la suture de la capsule du foie. Dans certains cas on pourra y réussir et avec beaucoup d'avantages, car le moignon réduit, la guérison est des plus simples, mais il faut aussi savoir que les fils coupent très facilement le tissu hépatique.

M. W. MULLER (d'Aix-la-Chapelle) cite une observation curieuse de *kyste du foie non parasitaire* traité par la marsupialisation, et qui, à l'examen, fut reconnu comme un cysto-adénome des canalicules biliaires.

Sans quitter la glande hépatique, signalons les opérations pratiquées pour *calculs biliaires*. La *cholédochotomie* est vantée par KORTE, LANESTEIN, et pratiquée 10 fois par RIEDEL avec deux seuls morts. Quand ceux-ci produisent *l'occlusion intestinale*, ce sont les symptômes de cette manifestation qui guident la main du chirurgien; aussi, la question de la laparo-entérotomie se pose-t-elle. Dans le Congrès allemand, nous relevons deux nouvelles opérations d'ouverture abdominale pour enlever ces calculs et deux morts entre les mains de LINDNER et d'ISRAEL, ce qui vient encore assombrir la statistique des laparotomies pratiquées dans ces cas.

Elle allait s'en enquérir jusqu'en des fermes parfois très éloignées, s'informant, interrogeant chacun avec une rare sagacité et, le lendemain, en quelques notes malhabilement écrites sur des lambeaux de papier, elle remettait des indications précises aux médecins. Elle les accompagnait même, précieuse comme interprète par sa connaissance de la langue bretonne et aussi parce que, très aimée pour sa bonté, elle rencontrait partout pour elle et assurait aux autres un accueil favorable. Pas un jour ce zèle ne s'est ralenti; pas une heure cette activité n'a faibli. Je la vois encore grande, robuste sans lourdeur, toute droite dans les plis rigides de sa jupe sombre et avec ce regard d'une intensité incroyable qu'elle avait lorsqu'elle écoutait; on eût dit que ses yeux buvaient les paroles.

Jamais elle ne s'est doutée qu'elle avait été tout bonnement héroïque; on la surprendrait extrêmement si on lui disait que quelqu'un se souvient encore de ces faits oubliés par elle-même depuis longtemps; mais ce dévouement est resté, j'en suis sûr, pour ceux qui l'ont vue à l'œuvre, un consolant souvenir.

Oh! si nous avions toujours de pareils auxiliaires.

L'autre histoire n'est que lugubre. La voici dans sa banalité navrante.

Trois filles — trois sœurs — habitaient une chambre dans une maison du village.

La chirurgie abdominale a encore donné lieu à d'intéressantes communications de *résection de l'intestin*, dont MM. Haasler et Braun citent quatre observations. Dans l'une, il s'agissait d'une invagination qui nécessita un anus contre nature, et l'anse intestinale fixée dans la plaie fut réséquée ultérieurement. Enfin, M. Kummel (de Hambourg) donne le résultat de ses expériences sur la résection du rein. Pour ce chirurgien, il se fait une simple cicatrisation sans régénération de la substance rénale. L'augmentation de volume de l'organe qui se produit après l'intervention n'est pas due à une prolifération glandulaire; car, dans la suite, le rein se rétracte et devient plus petit qu'il ne l'était avant l'intervention.

Les anciennes *méthodes antiseptiques*, comme les autres opérations, bénéficient considérablement des progrès de la chirurgie, et dernièrement, au Congrès français, MM. Berger et Levrat nous en montraient encore de très beaux exemples. Cette question a tenu une assez grande place dans les discussions du Congrès allemand.

C'est ainsi que M. Krause (d'Altona) est venu apporter à la tribune le résultat de sa pratique qui porte sur 21 cas de très grands lambeaux libres transplantés sans conservation d'un pédicule. Il en taille qui ont jusqu'à 20 centimètres de longueur, et a soin de ne les constituer que par l'épiderme et le derme sans garder la moindre parcelle de tissu adipeux. Les antiseptiques doivent être proscrits comme trop irritants. La guérison est obtenue au bout de deux à cinq semaines, et elle est radicale.

M. Lanestein a eu aussi recours à un procédé ingénieux pour combler une perte de substance comprenant toute la joue et consécutive à l'ablation d'un épithélioma de cette région. Pour avoir un lambeau garni de deux revêtements épithéliaux, il commence par faire un lambeau qui, pris au-dessus du sein, est d'abord replié sur lui-même pour lui donner deux faces cutanées; puis, prolongeant les incisions latérales jusqu'au maxillaire inférieur, il transporte ce lambeau, duquel il laisse un pédicule inférieur, sur la brèche à combler, il l'y suture et obtient ainsi une face épidermique

---

Cette chambre était fréquentée par un certain nombre d'hommes de la garnison qui y venaient furtivement la nuit tombée, et on y faisait une fête plus bruyante et brutale, j'imagine, que joyeuse; mais il fallait, hélas! faire un peu raison aux buveurs le soir, pour manger le lendemain. Brusquement, les soldats cessèrent de venir et le village recouvra une tranquillité que ses habitants ne connaissaient plus. Il s'était passé une chose très simple: les trois sœurs étaient tombées successivement malades du typhus à très peu d'intervalle. Le jour où la troisième fut terrassée par la maladie, cela devint une misère noire qu'il faut avoir vue pour la comprendre.

Dans cette pièce, il y avait deux bois de lit, mais sans literie; pas un matelas, pas une couverture, pas un drap, pas même une paillasse... rien! Les malheureuses étaient couchées à même le plancher dans les deux rectangles limités par le bois des meubles; quelques débris de paille jonchant le sol autour d'elles étaient le seul vestige des temps où l'on ne dormait pas tout à fait sur le bois. Elles étaient là absolument nues; peut-être un mauvais lambeau arraché à on ne sait quoi essayait-il vainement de voiler la poitrine de l'une d'elles.

C'est dans cet appareil que ces pauvres filles luttaient contre le terrible mal, sans remèdes, sans aliments, sans eau — puisqu'elles n'en pouvaient plus aller chercher et

tenant lieu de muqueuse et une autre face cutanée se confondant avec la peau du visage.

M. Wolff présente des malades opérés à l'aide d'un lambeau ostéo-périostique auxquels il a refait un auvent nasal. Il emploie aussi cette méthode dans la cure de la luxation congénitale de la hanche. Enfin, M. Kotte montre un de ses opérés atteint d'une gangrène totale du fourreau de la verge qu'il a réparé à l'aide de la peau du scrotum.

Si, de la *cavité abdominale*, nous passons à l'étude des *plaies par armes à feu* qui intéressent en même temps sa paroi, nous trouvons une communication de von Framann (de Halle) qui se montre un chaud partisan de la laparotomie dans les blessures. Les abstentions lui ont été funestes, et, au contraire, par la laparotomie et la suture des plaies intestinales, il est arrivé à guérir deux malades dont l'un avait une ouverture de l'iléon et l'autre une plaie de la paroi stomacale et une autre du côlon, et son opinion est que la laparotomie dans ces cas n'est pas aussi grave qu'on est tenté de le croire, pourvu que l'on intervienne avant la péritonite et la paralysie intestinale. Il n'est, du reste, pas partisan de l'insufflation de Senn pour faire le diagnostic.

La glande thyroïde a fait parler d'elle à plusieurs reprises. M. von Eiselsberg (de Vienne) a, en effet, repris les expériences de Horsley sur les moutons et est arrivé à déterminer non du myxœdème, mais des dégénérescences et des atrophies très curieuses. Il a aussi attiré l'attention sur les *métastases produites par le goitre*. Cette tumeur bénigne se généraliserait et irait donner naissance dans différentes régions, mais surtout au crâne, à des adénomes qu'il appelle parfois adéno-carcinomes à cause même de leur marche quelquefois rapide. Kraske affirme le dire de son confrère et cite une observation dans laquelle il a enlevé une tuméfaction de ce genre allant jusqu'à la dure-mère et que l'examen histologique reconnut être une métastase adénomateuse de la glande thyroïde. Riedel apporte aussi de nouveaux faits de ce genre, ainsi que Gussenbauer.

L'*uranoplastie* et la *staphylorraphie* ont amené entre MM. Kuster et

---

que personne ne s'occupait d'elles. Ces trois délaissées étaient venues là, on ne savait d'où, peu de temps auparavant, nul ne les connaissait et, de plus, elles étaient l'objet d'une réprobation farouche de la part de braves gens habitués à une très réelle honnêteté de mœurs ; on ne leur parlait pas, on s'en détournait quand elles passaient... Comment serait-on monté jusque dans leur bouge ? On ne savait donc pas qu'elles fussent malades et voici, je crois, comment on l'apprit. Une nuit, secouées par un plus furieux délire, elles poussèrent de telles clameurs de folie et de souffrance qu'on se décida à franchir la porte de leur taudis, où on les trouva dans l'état que j'ai dit. L'une d'elles était déjà à l'agonie et les deux autres, très profondément atteintes aussi, devaient succomber peu après comme la première à l'hôpital où on les avait transportées.

Les deux faits que je viens de vous conter m'avaient à cette époque si vivement frappé que, emporté par l'intensité d'un souvenir personnel, j'ai oublié que ce coin de journal ne m'avait point été prêté pour y écrire mes mémoires. Aussi bien la mort si triste de cet interne transporté, en plein délire typhique, dans une salle commune au milieu de ce « joli monde » que nous a décrit quelqu'un qui le connaissait bien, n'inspire pas moins de tristesse que d'indignation et ces sentiments n'étaient point pour ramener sous ma plume la bonne humeur qui s'était enfuie à tire d'ailes.

J. Wolff une discussion sur la question de l'âge auquel il est le plus utile d'opérer. Le premier soutient la doctrine de Trélat et n'intervient que chez les enfants qui ont dépassé 6 ans. Le second, au contraire, ne craint pas le tout jeune âge et a même comblé une perforation chez un bébé de deux mois. La mortalité pour lui n'est pas plus élevée avec cette manière de procéder et de plus, au point de vue phonétique, l'avantage serait considérable. On sait qu'en France, depuis les travaux de Trélat, c'est 7 ans l'âge reconnu le meilleur.

M. Kuster taille deux lambeaux comme dans le bec de lièvre de façon à les faire basculer et à refaire une luette, ce qui, dans certains cas, lui a fort bien réussi et lui a évité les incisions de détente; mais il est certain, comme le lui fait remarquer M. Wolff, que, s'il a gagné ainsi de la longueur, il perd de la largeur et que le voile du palais ainsi reconstitué doit être plus tendu transversalement.

La *voie sacrée*, peu employée en France, paraît au contraire jouir d'une certaine vogue en Allemagne. C'est ainsi que Czerny est venu donner les résultats de huit extirpations d'utérus carcinomateux opérés de cette façon et n'ayant occasionné qu'une seule mort. Les myomes utérins sont aussi facilement extirpés par la résection temporaire du sacrum qui a été aussi utilisée pour enlever un sarcôme situé entre la vessie et la prostate et deux atrésies du rectum. Chez un dernier malade, ce chirurgien fut moins heureux, il s'agissait d'une tumeur même du sacrum et la mort eut lieu après l'apparition d'une paralysie complète de la vessie et du rectum et une paralysie partielle des membres inférieurs. M. Steinhal (de Stuttgart) a enlevé aussi trois fois l'utérus par cette voie et pense qu'elle a d'incontestables avantages sur l'extirpation par le vagin, entre autres la possibilité d'enlever plus largement les parties atteintes et d'éviter ainsi les récidives si fréquentes dans les ganglions, et, en effet, M. Schede n'a jamais observé de récidives par implantation néoplasique dans la plaie, mais le mal a toujours repullulé dans les ganglions lymphatiques. Gussenbauer a cherché à agrandir la brèche faite au sacrum qu'il scie verticalement jusqu'au-dessous du premier trou sacré, puis se porte ensuite en dehors à travers la symphyse sacro-iliaque. Tout cela peut se faire sans lésion grave des nerfs; il a mis son procédé en pratique sur le vivant et a pu ainsi enlever 20 centimètres d'intestin pour un carcinome du rectum à peine accessible par le toucher rectal.

La résection a été aussi pratiquée par M. Reumann (de Halle) dans le *traitement des sarcomes des os longs*. On sait que cette méthode, déjà mise en pratique à bien des reprises dans différents pays, ne paraît pas avoir donné d'excellents résultats. Cependant, entre les mains de M. Neumann, elle a donné un succès sur une jeune fille à laquelle il reséqua toute la partie supérieure du tibia et qui guérit par ankylose. Ce qui explique cette guérison, c'est la nature même de la tumeur assez rare, du reste, dans les os longs, qui n'était autre qu'un sarcome à myéloplaxes, forme de néoplasme qui, comme le fait remarquer M. Kœnig, jouit d'une bénignité relative.

Rapprochons de ces faits une communication de M. Schlange (de Berlin) sur le *diagnostic des kystes solitaires des os*, qui donnent souvent lieu, d'après l'auteur, à des fractures spontanées qu'il ne faut pas confondre avec

des sarcomes, mais sur la nature desquels l'orateur ne nous donne pas grands renseignements.

La résection temporaire du crâne pratiquée au ciseau, en laissant, bien entendu, le lambeau osseux adhérent au lambeau cutané, est aussi employée d'une façon courante en Allemagne. M. Hahn (de Berlin) s'en est servi sans bien grand succès, du reste, dans un cas difficile d'hydrocéphalie plus ou moins aiguë, sur la nature de laquelle il n'a pu être fixé, et M. Stenzel (de Custrin) l'a employé dans une *hémorrhagie intra-crânienne* consécutive à une fracture de la base.

La perte temporaire de substance fut faite dans la région temporale et permit de tomber sur un épanchement qui comprimait le cerveau. Une nouvelle hémorrhagie nécessita le tamponnement à la gaze iodoformée, et tous les accidents ne cessèrent que lorsque celui-ci fut enlevé et que le cerveau put reprendre sa place.

C'est par la voie temporale que nous avons vu différents chirurgiens aller à la recherche du ganglion de Gasser pour l'arracher dans le cas de *névralgie rebelle du trijumeau*. M. Schulze-Berge (d'Oberhausen) n'a pas eu besoin d'une intervention aussi radicale, et il a guéri sa malade sur laquelle la résection du sous-orbitaire et du buccinateur était restée sans effet en lui pratiquant l'élongation du nerf facial. Il produisit ainsi une élimination fonctionnelle passagère des muscles de la face qui, par leurs contractions, provoquaient les crises. Il ne faudrait pas trop se fier cependant à ce genre d'intervention, fait observer M. Koenig, et il rappelle deux cas dans lesquels le nerf facial élongé est resté paralysé.

On se souvient de la communication faite au dernier Congrès français, par M. Le Dentu, sur les implantations d'os décalcifié et les résultats obtenus par le professeur de Necker. Les études histologiques avaient permis de reconnaître que, petit à petit, l'os implanté était résorbé, mais qu'il servait de conducteur aux nouveaux tissus et avait ainsi une très grande utilité. M. Barth est arrivé aux mêmes résultats dans ses études des *implantations osseuses*. Qu'il s'agisse d'un os frais comme la rondelle d'un trépan ou d'un os macéré, les phénomènes qui se passent sont toujours les mêmes ; l'os implanté est détruit lentement pour faire place à un os nouveau. Ce n'est pas tout à fait l'avis de M. Korte, qui a vu au crâne des fragments multiples de fracture parfaitement reprendre.

Pour l'*obturation des os*, ce n'est pas de fragments de même nature que se sert M. Sonnenburg, mais bien de substance métallique et la meilleure, d'après ses expériences, serait un amalgame de cuivre ; mais il faut rendre cet amalgame non pas aseptique mais antiseptique à cause de la difficulté de désinfection des cavités osseuses suppurées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1893. — Présidence de M. Périer.

Traitement des luxations anciennes du coude.

A propos du procès-verbal, M. Schwartz indique les résultats qu'il a obtenus, par des résections partielles, dans deux cas de luxation ancienne du coude. Dans l'un et l'autre

cas, l'incision médiane postérieure lui a ouvert une voie suffisamment large, et il a pu obtenir la réduction après avoir réséqué la tête du radius, et, dans un cas, une partie de la trochlée humérale, dans l'autre, l'apophyse coronoïde. Chez l'un de ces malades, âgé de 35 ans, le résultat définitif a été excellent; la mobilisation de l'articulation avait été commencée au vingtième jour. L'autre malade, âgé de 14 ans, abandonné à lui-même après sa sortie de l'hôpital, n'a pas suffisamment exercé son articulation, et le résultat définitif n'a pas été satisfaisant; M. Schwartz l'a revu récemment, et les mouvements d'extension et de flexion sont peu étendus; la supination et la pronation sont encore plus limitées.

M. Kirmisson rappelle l'observation d'un enfant qu'il a opéré en 1889 pour une luxation ancienne du coude, en se contentant d'une résection incomplète, portant seulement sur l'extrémité inférieure de l'humérus; ce malade a été présenté à la Société de chirurgie dix-huit mois après l'opération : la guérison était parfaite. M. Kirmisson vient de faire également une résection partielle de l'extrémité humérale pour un luxation irréductible du coude chez un enfant; il considère, en effet, ces résections incomplètes comme pouvant donner d'excellents résultats dans les cas de luxations anciennes, tandis qu elles sont insuffisantes pour les ankyloses consécutives à des arthrites qui nécessitent des opérations plus larges.

M. Berger a pu, en opérant l'année dernière un jeune homme atteint de luxation ancienne du coude compliquée de fracture du condyle de l'humérus et suivie d'ankylose, se convaincre de la nécessité d'une résection extrêmement large dans les cas de ce genre; il s'était borné, chez ce malade, à faire une résection partielle, et le résultat a été peu satisfaisant.

M. Lucas-Championnière condamne les résections économiques, considérant que les larges résections donnent de plus grandes chances d'obtenir un bon résultat, alors que M. Tillaux, revenant sur la communication qu'il a faite dans la séance précédente au sujet du cas de M. Lejars, estime, au contraire, que l'on doit commencer, dans le traitement opératoire des luxations anciennes, par essayer de réduire d'abord sans résection, puis, si l'on n'y parvient pas, en ne réséquant que le strict nécessaire.

Des observations préliminaires dans les interventions chirurgicales portant sur la cavité bucco-pharyngée.

La récente communication de M. Picqué sur le rôle de la trachéotomie préventive dans le traitement opératoire des polypes naso-pharyngiens fournit à M. Quénu l'occasion de formuler quelques conclusions au sujet des indications des opérations préliminaires, telles que les ligatures et la trachéotomie dans les interventions que l'on pratique sur la cavité bucco-pharyngée.

Dans les opérations portant sur le maxillaire supérieur ou sur le maxillaire inférieur, toute opération préventive, ligature ou trachéotomie, lui paraît inutile.

La ligature des deux carotides externes lui semble une opération rationnelle avant l'ablation de certains polypes naso-pharyngiens dont on connaît la vascularité, et, cela, au point de vue de l'hémorrhagie que l'on a à redouter.

Se plaçant ensuite au point de vue des accidents respiratoires, M. Quénu considère la trachéotomie préventive comme indiquée dans certains cas de polypes naso-pharyngiens ou de tumeurs du voile du palais, s'accompagnant notamment de troubles respiratoires pendant le sommeil.

Enfin, à son avis, la trachéotomie préventive est très recommandable, associée à la ligature de la carotide externe, dans les opérations pour cancers étendus de la langue et du plancher de la bouche, non pas pour sauvegarder la respiration pendant l'acte opératoire, mais pour isoler les voies pulmonaires d'un foyer septique.

Fibro-sarcome kystique du grand épiploon; laparotomie; guérison.

M. SEGOND a opéré, le 7 avril, un homme de 48 ans porteur d'une volumineuse tumeur kystique, occupant la plus grande partie de l'abdomen, avec prédominance du côté droit. L'examen clinique aurait fait penser à un kyste hydatique, si la ponction n'avait pas ramené un liquide hématique; dans le service de M. Lancereaux, on avait diagnostiqué un kyste du pancréas.

M. Segond fit une laparotomie sus-ombilicale, et donna d'abord issue à sept litres et demi d'un liquide sanglant qui formaient le contenu du kyste. La poche qui était développée dans le grand épiploon présentait quelques adhérences, notamment avec le gros intestin; néanmoins, elle put être enlevée complètement. Les suites opératoires ont été des plus simples, et la guérison est complète. L'examen histologique, pratiqué par M. Cazin, a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome kystique.

M. GALEZOWSKI lit un travail sur un nouveau procédé de traitement opératoire des larmoiements rebelles.

Présentation de malades.

M. VERNEUIL montre la différence des résultats obtenus, dans le traitement de polypes naso-pharyngiens, par la voie palatine, d'une part, et avec résection du maxillaire, d'autre part, chez les deux malades dont il a parlé dans une séance précédente.

M. TUFFIER présente un jeune homme sur lequel il a pratiqué une résection du coude pour fracture.

M. CHAPUT présente une jeune femme chez laquelle il a fait une autoplastie du nez pour une destruction étendue consécutive à des lésions de syphilis héréditaire; le résultat est très satisfaisant.

Eugène ROCHARD.

COURRIER

L'ALLIANCE DES SAVANTS ET DES PHILANTHROPES. — Vendredi dernier a eu lieu, à la mairie du 9e arrondissement, une nouvelle réunion de la Branche Française de l'alliance des savants et des philanthropes de tous les pays. Cette réunion, était présidée par le Dr Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

La Société a continué à s'occuper de rechercher les meilleurs moyens de combattre la dépopulation continue de la France.

M. le médecin principal de première classe Kelsch, sous-directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, membre du Comité technique de santé, a été nommé directeur de l'École du service de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Vallin, appelé à d'autres fonctions. M. Kelsch est maintenu dans ses fonctions de membre du Comité technique de santé.

— M. le médecin inspecteur Vallin, remplacé, dans ses fonctions de directeur de l'École de service de santé militaire, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris et membre des Comités techniques de l'intendance et de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Baudouin, placé dans la section de réserve.

Nous avons aujourd'hui comme nouveau médecin-député : M. le Dr Chantelauze, député de l'arrondissement de Brioude (Haute-Loire). Comme médecins conseillers municipaux de Paris : MM. les Drs Lamouroux (quartier des Halles); Levraud (quartier Saint-Ambroise) ;

Navarre (quartier de la Gare); Dubois (quartier de la Santé); Broussel (quartier des Epinettes). Comme médecin-consul : M. le Dr Senèque Viard, consul de la République d'Haïti à Saint-Etienne et, enfin, comme médecin-duc : Charles-Théodore, duc de Bavière, qui, est oculiste, et a célébré le 7 avril, dans sa clinique de la rue Maria-Josepha, à Munich, une fête rare, pour un duc : il a fait sa deux-millième cataracte. Pour donner à cet événement une solennité particulière, la duchesse Maria-Josepha, femme du duc, et plusieurs autres princesses bavaroises s'étaient rendues à la clinique et ont prêté leur assistance à l'opérateur. Un assez grand nombre de médecins étaient également présents.

— Le préfet de police, avisé que des cas de typhus exanthématique s'étaient produits dans certains asiles de nuit, vient d'adresser à tous les commissaires de police une circulaire par laquelle il leur demande de lui adresser un rapport détaillé sur les conditions d'organisation et de fonctionnement au point de vue de la santé publique des asiles de nuit de la ville de Paris ou autres établissements du même genre. Des visites médicales ont du reste été déjà faites dans les asiles de nuit qui, il faut le dire, sont tenus selon les règles les plus rigoureuses de l'Hygiène.

Nécrologie. — M. le docteur Devilliers, membre de l'Académie de médecine.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Embarquement sur l'*Annamite* : e médecin de 1re classe Marestang ; les médecins de 2e classe Caire et Oudard.

M. le médecin de 2e classe Ehrmann est désigné pour embarquer sur l'*Océan*, et M. le médecin de 2e classe Titi sur le *Styx*.

Par décision du 22 avril, M. J.-A.-M. Lucas, élève du service de santé de la marine, docteur en médecine, a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe, pour servir à Brest.

M. le médecin principal Burot est désigné pour embarquer sur l'*Océan*, à Toulon, et M. le médecin principal Galliot, pour embarquer sur le *Trident*.

— On organise des sectio ns d'infirmiers-brancardiers volontaires des lycées de Paris. Les ministres de la guerre et de l'instruction publique ont autorisé les élèves de dix-huit à vingt ans à se faire inscrire à l'Association des dames françaises pour suivre une série de conférences et de leçons pratiques données par les médecins de l'association. Les élèves ont répondu en très grand nombre à l'appel qui leur était adressé.

Une répétition pour les élèves du lycée Condorcet a eu déjà lieu. Le sujet était le suivant : secours à donner en cas d'hémorragie sur un champ de bataille; gravité de la perte de sang; hémorragies, caractère de chacune d'elles; moyen de les arrêter; pansements antiseptiques.

Prochainement, les élèves des lycées de Paris assisteront à une leçon pratique sur le terrain, qui sera donnée à l'hôpital de l'Association des dames françaises.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

—

Le typhus exanthématique

La petite épidémie de typhus suit son cours sans aggravation aucune elle semble plutôt diminuer; mais elle a changé de théâtre. Ce n'est plus dans les prisons, mais dans la population civile qu'on l'observe aujourd'hui.

A Paris, il n'en existe plus ni au Dépôt, où l'on a recommencé à envoyer des détenus depuis le 24 avril, ni à la Santé, où aucun décès n'est survenu depuis le 9, ni à la Maison de Nanterre. Il y a eu un nouveau décès parmi les gardiens du Dépôt, cela fait trois cas et deux morts.

Maintenant, ce sont les asiles de nuit qui fournissent les cas isolés qu'on observe. Il y a, comme on le sait, à Paris, 19 asiles de nuit, 3 qui dépendent de la Municipalité, 16 qui sont libres et entretenus les uns par des Sociétés de bienfaisance, comme ceux de l'Hospitalité de nuit; les autres par l'industrie. Ceux de la Ville et de l'Hospitalité de nuit ne laissent rien à désirer au point de vue de l'hygiène. J'ai visité récemment celui de la rue des Récollets en compagnie du docteur A.-J. Martin, et j'ai été frappé de l'ordre, de la propreté, j'allais dire du confortable qui y règnent. Les indigents y sont admis à sept heures du soir. Ils prennent un bain d'aspersion quittent leurs vêtements qu'on désinfecte pendant la nuit, endossent le costume de l'établissement, mangent une soupe et se couchent. Le lendemain, ils ont une soupe le matin, une le soir, et cela pendant trois jours. Les lits sont excellents et les draps d'une propreté rigoureuse.

Les asiles de l'Hospitalité de nuit sont tout aussi bien tenus, tout aussi confortables. On ne peut pas en dire autant de ceux qui sont un objet de spéculation; mais, dans tous les cas, quelque bien tenus qu'ils soient, ces asiles sont le refuge naturel de tous les gens sans aveu, de tous les vagabonds qui vont de ville en ville demandant du travail, ou cherchant à vivre sans travailler. La malpropreté et la misère physiologique de cette population de rebut la prédisposent au typhus, et c'est là qu'en ce moment, il choisit ses victimes.

L'attention de la préfecture de police est fixée sur eux depuis quelque temps et M. Lozé, par une ordonnance en date du 24 avril, a recommandé à ses commissaires de lui adresser un rapport sur les établissements de ce genre situés dans leurs arrondissements respectifs, de lui faire savoir si la désinfection de vêtements, des objets de literie, si celle des locaux, dortoirs et cabinets d'aisances est opérée avec tout le soin désirable, et si l'asile est pourvu d'une salle de bains ou de douches à l'usage des hospitalisés.

On conçoit qu'il est impossible d'exiger de chaque asile de nuit qu'il soit pourvu d'une étuve à désinfection. Un appareil de ce prix n'est pas à la portée du plus grand nombre; il importe pourtant, au plus haut point, de désinfecter les vêtements sordides des malheureux qui y passent la nuit et qui sont de véritables réceptacles de germes contagieux. Le service central d'hygiène et de salubrité de l'habitation, organisé récemment à la préfecture de la Seine, a offert de s'en charger. M. le docteur A.-J. Martin, inspecteur général de ce service, a proposé de faire prendre chaque soir, par ses voitures, les vêtements des hôtes des asiles de nuit, de leur donner une chemise en échange, de faire rapporter le lendemain matin les effets désinfectés et emporter les chemises ayant servi, pour les faire passer à l'étuve. Cette proposition, transmise par M. Dujardin-Beaumetz à la préfecture de police, a été acceptée avec reconnaissance.

C'est une mesure capitale au point de vue de la destruction des germes pour lesquels les asiles de nuit sont un excellent terrain de culture, et ce n'est pas seulement contre le typhus qu'elle sera efficace. Cette maladie, du reste, s'éteint à Paris, le nombre des malades en traitement à l'Hôtel-Dieu où ils sont concentrés est insignifiant. Il n'y a pas eu d'entrants le 28 avril.

A Lille, c'est également dans la population civile qu'on observe des cas de typhus. Après avoir régné à deux reprises dans la maison d'arrêt (du 13 au 22 février, du 9 au 20 mars) et y avoir fait 9 victimes sur 22 cas, il a paru s'arrêter; mais il est apparu dans la population civile 17 jours après (le 5 avril). Il y a eu jusqu'ici 21 cas. C'est également parmi les vagabonds, très nombreux dans cette grande ville, et au sein des asiles de nuit qu'on les a observés; mais, en somme, à Lille comme à Paris, le typhus reste à l'état de curiosité pathologique.

A Paris, on compte jusqu'ici 91 cas et 40 décès; il y en a eu 6 pendant chacune des deux dernières semaines, alors que la mortalité totale s'est élevée à 1,622 décès du 9 au 15 avril et à 1,673 du 16 au 22, alors que, dans ces 15 jours, les affections de poitrine, dont la majeure partie peut être attribuée à la grippe, ont fait plus de 1,100 victimes.

Dans le reste de la France, on ne cite que des cas isolés, sauf à Amiens, où le nombre des cas et celui des décès ont été plus considérables qu'à Paris. Le chiffre des localités où le typhus s'est montré jusqu'ici s'élève à une vingtaine. En somme, la maladie justifie ce que nous en avons dit au début. Elle ne s'étend pas et si elle est de nature à intéresser le corps médical, elle n'a rien qui puisse alarmer la population.

Jules Rochard.

La patente des médecins

Que le médecin est petit quand on le contemple du haut des tribunes de la Chambre et du Sénat ! Aussi va-t-on augmenter sa patente! Les discours de M. Bardoux, qui défendait les professions libérales ; du professeur Cornil, qui a dépensé tous ses efforts à réfuter les pauvres objections du gouvernement, n'ont pu convaincre nos honorables qui, par 149 voix contre 96, ont réfuté l'amendement des deux orateurs précités conçus dans les termes suivants :

« Maintenir le chiffre du quinzième comme taux de la patente pour les professions « libérales. »

Il est certain que la Chambre basse devait suivre l'exemple du Luxembourg et elle l'a fait.

Elles auront donc été vaines! toutes ces campagnes faites par l'Union des syndicats de France, par l'Association syndicale des médecins de la Seine, par les Sociétés de plusieurs arrondissements de Paris et par la presse médicale tout entière.

Seuls, les Parisiens bénéficieront d'un tout petit avantage. L'augmentation ne portera que sur les loyers de la capitale dépassant 4,000 francs, tandis que nos confrères de province ne pourront habiter, sans nouveau dommage, un appartement de plus de 3,000 francs.

Comme si c'était pour son plaisir qu'un médecin prend un appartement de ce prix, dont la partie la plus belle est consacrée à sa profession, tandis que le plus souvent il se trouve très à l'étroit dans les petites pièces qui ne sont pas destinées à la réception de sa clientèle; et, cependant, il faut bien qu'il ait un salon spacieux, confortable et moins haut que le cinquième. Ce n'est pas de sa faute si l'esprit humain est ainsi fait que le malade juge son docteur un peu sur son installation, et que dès qu'il est guéri il soit enclin à lui reprocher un luxe que peu de jours avant il exigeait de lui.

Mais, inutile de pousser des récriminations! on continuera comme par le passé à mettre sur le même pied le médecin qui reçoit toutes vos confidences et le marchand quelconque du carrefour voisin!

Les Chambres en ordonnent ainsi et voilà comment, à notre époque, on traite encore l'homme qui, à peine sorti des bancs du collège, meurt, de par les devoirs de sa future profession, victime de son dévouement aux malades! Celui qui en temps d'épidémie oublie tout, intérêts, famille pour s'exposer tout naturellement à la mort, en sachant qu'il peut laisser derrière lui une veuve et des enfants dans la plus complète misère!

Ces inégalités ont déjà depuis longtemps attiré l'attention du public médical, qui, comme on le voit, n'étant pas très soutenu en haut lieu, est bien forcé de se défendre lui-même. Aussi ne pouvons-nous que trouver très légitime le vœu fait par la Société médicale du VIIe arrondissement et tendant *à assimiler les médecins morts victimes des épidémies aux militaires morts pendant les guerres.* Nous savons bien qu'il existe dans cette assimilation une grosse difficulté, celle de définir ce qu'on peut entendre par « maladies épidémiques ». Il suffit d'un peu de bonne volonté pour faire rentrer la moindre maladie contagieuse dans le cadre des affections dites épidémiques. Aussi approuvons-nous complètement la formule suivante, adoptée par la commission médicale de la Société citée plus haut, et rédigée par son secrétaire M. Valudé.

« Seront assimilées aux veuves d'officiers morts au champ d'honneur les « veuves des médecins qui auront, dans l'exercice de leur devoir profes- « sionnel, succombé à une épidémie régnante, à une de ces épidémies contre « lesquelles le gouvernement met en œuvre les mesures prophylactiques « dont il peut disposer. »

VINGT-DEUXIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE,

tenu à Berlin du 12 au 15 avril 1893

Suite et fin (1).

M. HOFFA (de Wurtzbourg), dont on connaît la compétence dans le *traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche*, est venu donner à ses collègues les résultats éloignés de ses interventions. A l'heure actuelle, il dispose d'une série de 26 opérations pratiquées par son procédé spécial avec un seul cas de mort. On sait qu'il a soutenu avec raison que ce sont les parties molles, et surtout les muscles rétractés qui empêchent la réintégration de la tête fémorale dans l'acétabulum. Il veut affirmer une fois de plus que cette rétraction augmente avec l'âge, qu'elle est déjà très grande chez les enfants de 3 ans, et qu'à 10 ans, l'opération n'est plus praticable.

Pour ce qui est du squelette, il résulte de ses recherches que la cavité cotyloïde est souvent diminuée, mais qu'elle existe toujours, ainsi qu'il a pu le vérifier sur plus de cent pièces anatomiques. Il faudra donc souvent agrandir l'acétabulum, et il a toujours pu le faire sans perforer le fond de cette cavité. Quant aux déformations de la tête et du col fémoral, elles sont moins fréquentes et moins importantes qu'on ne pourrait le croire. Enfin les parties molles qui tiennent devront être sectionnées par des ténotomies ou des myotomies, et la plaie devra être tamponnée à la gaze iodoformée, l'occlusion à l'aide des sutures en étage ne lui ayant pas réussi.

Trois petits malades présentés marchent avec beaucoup de facilité; le résultat fonctionnel est, en somme, très satisfaisant, comme le constate M. KOENIG, qui avoue que le procédé de Hoffa constitue un réel progrès et qu'il n'a jamais eu des résultats aussi satisfaisants par sa méthode, qui consiste à agrandir la cavité cotyloïde en haut et en arrière à l'aide d'un lambeau ostéopériosté détaché à la périphérie de la cavité rudimentaire.

M. GURLT fait une communication *sur l'enquête au sujet de l'anesthésie chirurgicale*. Pendant l'année écoulée, on a pu réunir 58 rapports sur les anesthésiques généraux, la plupart provenant de médecins allemands. Ces rapports rassemblent un total de 57,541 anesthésies; on peut en déduire 11,464 faites avec le protoxyde d'azote par des dentistes. Il reste donc 46,077 anesthésies chirurgicales qui ont occasionné 12 morts. Si l'on ajoute à ces nombres les chiffres statistiques des deux années précédentes, on arrive à un total de 157,815 narcoses avec 53 décès, ce qui fait une mort sur 2,977 narcoses.

Voici comment se répartit cette mortalité : sur 130,609 chloroformisations, 46 décès, soit 1 sur 2,839; sur 14,506 éthérisations, aucun décès; sur 4,118 narcoses mixtes par éther et chloroforme, 1 décès; sur 3,450 narcoses par le mélange de Billroth (chloroforme, éther et alcool), aucun décès; sur 4,538 narcoses par le brométhyl, 1 décès; sur 597 narcoses par le pental, 3 décès, ce qui fait une mort sur 199 anesthésies. Dans ces chiffres ne sont pas comprises des asphyxies graves, dont 41 ont nécessité une trachéotomie suivie de succès.

(1) Voir *Union médicale*, n° 52.

Le chloroforme pur est trois fois plus employé que les autres anesthésiques. La purification par le procédé Pictet ne met pas à l'abri d'accidents, car le chloroforme ainsi purifié a causé, l'année dernière, 3 décès sur 666 anesthésies.

L'éther semble être l'anesthésique de choix, d'autant plus qu'il relève les forces du cœur; il a moins d'inconvénients consécutifs que le chloroforme (embarras gastrique, etc.) et il est à souhaiter que son emploi se généralise. Le mélange de Billroth paraît aussi devoir être recommandé. Quant au pental, c'est un anesthésique à rejeter comme dangereux.

Les 11,464 narcoses faites par les dentistes à l'aide de protoxyde d'azote pur ou mélangé d'oxygène (ce qui est préférable), n'ont donné lieu à aucun accident sérieux.

M. Kœnig (de Gœttingue) croit que les observations sur les anesthésiques doivent être continuées. Quand, depuis vingt ans, on se sert d'un agent anesthésique, on ne prendrait pas volontiers la responsabilité de lui en substituer en autre. Depuis quatre ans, sur plus de 7,000 chloroformisations, il n'a pas eu un seul décès. Il doit dire cependant que trois malades seraient certainement morts si on ne les eût pas ranimés.

M. Küster (de Marbourg), après vingt et un ans d'emploi du chloroforme, s'est mis à se servir de l'éther et en a été très satisfait. C'est tout autre chose d'opérer en redoutant une syncope cardiaque à tout instant possible, ou d'opérer avec un repos d'esprit complet à ce sujet. Avec l'éther, c'est à peine si l'opérateur se préoccupe de la narcose. Il est certain que, dans quelques années, l'éther aura détrôné les autres anesthésiques. Cependant, il est des cas où le chloroforme est préférable : l'éther n'est pas sans danger dans les affections bronchiques ou pulmonaires, et il a perdu un vieillard atteint de bronchite par suite de l'emploi de l'éther comme anesthésique.

Le chloroforme est également préférable dans les opérations pratiquées sur la face et le cou, parce qu'il ne nécessite pas l'usage d'un masque.

M. von Bramann, se trouvant en face d'un *emphysème traumatique progressif* et considérable consécutif à une plaie du poumon, eut l'idée, pour remédier aux accidents que sa généralisation pouvait causer, de faciliter la sortie de l'air de la plèvre, et, à cet effet, il y introduisit un tube en caoutchouc rigide se continuant à l'extérieur avec un tube mou, aplati en forme de ruban. Grâce à cette disposition, l'air de la cavité pleurale pouvait facilement s'échapper au dehors, tandis que l'air extérieur ne pouvait rentrer dans la plèvre au moment de l'inspiration. M. Kœnig, dans des cas de ce genre, a obtenu de bons résultats d'incisions pratiquées aux points où l'emphysème était à son maximum; on pourrait aussi ouvrir la cavité thoracique pour détacher les adhérences qui relient le poumon à la paroi; adhérences nécessaires, suivant ce chirurgien, pour produire ces grands emphysèmes.

On sait qu'un des gros reproches faits à la laparotomie par les hystérectomistes est de laisser non seulement une cicatrice, mais encore de donner lieu, dans quelques cas, à une éventration. M. Schede, pour obvier à cet inconvénient, a imaginé de faire des *sutures métalliques* perdues et il emploie le fil d'argent. Il a pratiqué ainsi 70 laparotomies et 270 cures de

hernies, et, dans ces dernières, n'a eu que 6 p. 100 de récidives. Dans les cas d'éventration par écartement des muscles droits de l'abdomen, il obtient aussi par ce procédé d'excellents résultats. Ces fils sont parfaitement supportés; le péritoine les enserre, les recouvre et les cache, comme on peut facilement s'en rendre compte sur des pièces provenant d'un ancien opéré mort du choléra et que ce chirurgien montre à la Société.

Telles sont les plus intéressantes communications du Congrès allemand. Il faut cependant encore citer *un nouveau procédé d'opération du pied plat* apporté par M. Gleich (de Vienne). Il est assez ingénieux et porte sur le calcanéum. On va à cet os par l'incision plantaire de l'amputation de Pirogoff, et on pratique à la scie une section en haut et en arrière de l'os, et on fait glisser les deux segments ainsi obtenus l'un sur l'autre de façon à refaire la voûte du pied. Dans deux cas d'application de cette méthode les résultats auraient été excellents.

Terminons par le *traitement des fractures du col du fémur dans le lit debout*. Pour obvier aux inconvénients de la situation horizontale prolongée que nécessite la consolidation du fémur, M. Messner (de Munich) a eu l'idée de faire construire un lit qui tourne sur un pivot en son milieu, de façon à abaisser les pieds et à relever la tête. La position du patient est assurée dans cette situation par un petit siège ménagé au milieu du matelas, par un tabouret placé sous le membre sain, par une poignée latérale et une courroie passée sous les aisselles.

Comme on le voit, ce Congrès a une physionomie absolument pratique. Chacun vient apporter ce qu'il a fait de nouveau. Mais ce qui nous a particulièrement frappé, c'est le nombre considérable des malades présentés dans les différentes séances.

Le chirurgien fait ainsi bénéficier ses collègues des résultats de ses interventions et peut voir des opérés depuis plusieurs années, ce qui lui permet de se aire une idée exacte de la bonté de la thérapeutique employée.

Eugène Rochard.

REVUE DE L'HYGIENE

Emploi de la glace dans l'alimentation. — Dans un précédent article, il a été question de la qualité de la glace qui se consomme à Paris (1) et des discussions qui ont eu lieu à ce sujet au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. A la suite de plaintes qui ont été portées récemment contre la glace provenant du lac Daumesnil, la question a été de nouveau soumise à l'examen d'une commission composée de MM. Armand Gautier, Brousse, Jungfleisch, Léon Colin et Riche, rapporteur. Après une étude approfondie du sujet, M. Riche a communiqué son rapport au Conseil le 28 avril. Dans ce travail très complet, le savant chimiste fait l'historique de la question, l'étudie à tous les points de vue et termine en proposant au Conseil un projet d'ordonnance de police en 7 articles pour réglementer la vente de ce produit. Ce projet d'ordonnance a été soumis au Conseil à la séance du 28 avril; mais la discussion sur le typhus, qui s'est prolongée

(1) *Union médicale* du 2 février 1893. N° 14, p. 157.

assez longtemps, n'a pas permis d'en voter les conclusions. Elles ont été renvoyées à la séance du 12 mai.

Conférence sanitaire de Dresde. — MM. Brouardel et Proust, que le gouvernement français avait envoyés comme délégués techniques à la conférence sanitaire de Dresde, sont revenus à Paris, et M. Brouardel a rendu compte au Comité consultatif d'hygiène publique des résultats de cette conférence.

Elle avait à compléter l'œuvre accomplie à Venise au mois de janvier de l'année dernière et à traiter les questions suivantes :

1° La notification des premiers foyers de choléra ;

2° Les mesures à prendre sur les voies de terre ;

3° Les mesures fluviales et maritimes ;

4° Les mesures spéciales au Danube pour les bateaux venant d'un port contaminé et remontant ce fleuve.

En ce qui concerne le premier point, les gouvernements se sont engagés à notifier aux Etats contractants toute apparition de foyer de choléra sur leur territoire ; ils déclareront et préciseront le lieu et la limite de l'invasion ainsi que les mesures qu'ils auront ordonnées.

La conférence a spécialement stipulé que les nations étrangères ne pourront prendre des mesures que contre les provenances de la circonscription contaminée, et non contre l'ensemble du pays auquel cette circonscription appartient.

Les prohibitions ne porteront que sur les objets capables de transmettre la maladie ; ces objets réputés dangereux ont été nominativement énumérés.

Les mesures prescrites à la frontière de terre par un gouvernement pour se protéger contre son voisin sont fondées sur la visite médicale, la désinfection du linge sale, le passeport sanitaire et la surveillance dans le pays même où se rend le voyageur, pendant le temps qui correspond à l'incubation du choléra.

La prophylaxie maritime est basée sur les mêmes principes. C'est la fin des quarantaines dites d'observation ; les passagers ne seront isolés et débarqués que lorsqu'il y aura du choléra à bord ou qu'il y en aura eu les sept derniers jours. Des mesures spéciales seront prises pour les navires réputés dangereux sous le rapport de l'hygiène, les navires d'émigrants, etc., etc.

Relativement à la question du Danube, des mesures provisoires ont été établies jusqu'à ce que la ville de Soulina soit pourvue d'eau potable.

En attendant, les navires y subiront une quarantaine d'observation de trois jours.

Le Congrès, avant de se séparer, a décidé de se réunir ultérieurement — dans une ville dont il laisse la désignation au choix du gouvernement français — pour régler certains points des questions orientales : pèlerinage de la Mecque, prophylaxie à instituer sur les bords du golfe Persisque, etc., etc.

Vaccination animale en Cochinchine. — Dans la séance mensuelle de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle tenue le 26 courant, M. le médecin inspecteur Treille, président du Conseil supérieur de santé des colonies, a déposé, sur le bureau de la Société, un mémoire de M. le docteur Marchant, médecin de 1re classe des colonies, relatif à la vaccination en Indo-Chine.

Ce travail sera livré à la publicité ; mais, en attendant, M. Treille a bien voulu nous remettre la note suivante sur cette intéressante question :

« Le problème de la vaccination en Cochinchine a été résolu par le docteur Calmette, « directeur de l'Institut de bactériologie et de vaccination animale, créé sur ma pro- « position par le sous-secrétaire d'Etat aux colonies.

« On n'ignore pas, en effet, que la Cochinchine était, avant l'occupation française, un

« foyer endémique de variole. C'est à M. Rochard, inspecteur général du Service de « santé de la marine et aux médecins de la marine relevant de son autorité, qu'on doit « les premiers et les plus sérieux efforts tendant à préserver de ce fléau notre belle pos- « session d'Extrême-Orient. Malheureusement, le vaccin de bras à bras offrait de graves « inconvénents, en raison de l'existence de la lèpre et de la syphilis dans les populations « annamites.

« Divers essais de vaccination animale, avec du vaccin de génisse, furent alors tentés « à Saïgon. Après les succès vinrent les échecs, car le vaccin s'atténuait par les pas- « sages de génisse à génisse, — fait qui s'explique par l'état maladif du bétail importé « sous ces latitudes.

« C'est dans ces conditions que M. Calmette tenta de substituer aux veaux et aux « génisses, les bufflons et bufflonnes du pays. Le résultat dépassa toutes les espérances. « Le vaccin se régénéra, grâce aux envois de la pulpe de l'Institut Chambon. Sa viru- « lence même devint telle qu'on observa quelques cas de véritables éruptions varioloïdes « coïncidant avec la vaccination par scarification. Dans certaines localités, on obtint « 100 p. 100 de succès dans les revaccinations, ce qui est un fait tout à fait remar- « quable. Actuellement, le vaccin de bufflons est largement employé, et l'on peut dire « que le service de santé des colonies a définitivement résolu le problème de la vaccina- « tion et de la revaccination publiques en Indo-Chine. »

Nous ajouterons à cette note qu'en 1892, il a été vacciné, en Cochinchine seulement, 122,349 enfants ou adultes. 205 bufflonnes ont permis de livrer un total de 8,676 tubes de pulpe vaccinale qui non seulement ont assuré le service de l'Indo-Chine, mais qui ont permis, en outre, d'alimenter les gouvernements de Madras, de Manille et de Singapour. Des médecins de Madras et de Hong-Kong sont venus à Saïgon prendre des renseignements, et une conférence s'est réunie à Calcutta pour discuter l'emplacement d'un établissement vaccinogène à construire dans l'Inde anglaise.

Intoxication par le gaz d'éclairage. — Dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, le docteur E. Guillié, de Villeneuve-les-Guyard (Yonne), rapporte un cas intéressant d'intoxication par le gaz d'éclairage. Il s'agit de deux familles comprenant six personnes qui furent empoisonnées, dans la nuit du 5 au 6 janvier 1892, par une fuite de gaz provenant d'un siphon perdu qui en laissa échapper environ 100 mètres cubes dans les appartements où ils étaient couchés. Les accidents furent très graves chez les six personnes, et l'une d'elles succomba.

Le docteur E. Guillié tire de cette observation les conclusions suivantes :

Il n'est pas nécessaire que le mélange de l'air et de gaz d'éclairage atteigne les proportions où il devient détonant, pour causer des accidents mortels, lorsqu'on y séjourne longtemps.

On peut rappeler les sujets à la vie, même après un séjour de huit ou dix heures dans l'atmosphère toxique, de même que la mort peut ne survenir qu'après quatre ou cinq jours.

Il ne faut pas compter sur l'odeur du gaz pour avertir les personnes qui le respirent des dangers qu'elles courent. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, numéro d'avril 1893, p. 364.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 avril 1893.— Présidence de M. Ferrand.

Sur un cas de fièvre hystérique.

MM. Hanot et E. Boix : La réalité de la fièvre hystérique n'est plus à mettre en cause aujourd'hui. Briquet, Gagey et Briand avaient affirmé son existence depuis déjà longtemps (1859 — 1869 — 1877). Mais c'est surtout depuis la remarquable observation présentée par M. Debove à la Société, en 1885, que la fièvre hystérique a conquis droit de cité dans la pathologie. Une excellente revue générale de M. Boulay (*Gaz. des hôpitaux*) donne l'historique et l'état actel de la question.

M. Hanot a récemment observé un nouveau cas de fièvre hystérique.

Il s'agit d'une femme de 21 ans, sans antécédents nerveux héréditaires ni personnels; cependant, son faciès est celui d'une dégénérée. En novembre dernier, son mari, son frère et sa sœur sont atteints en même temps de fièvre typhoïde. Vers la fin de novembre, elle va voir son mari à l'hôpital et le trouve très mal; elle est vivement impressionnée, et, en sortant, elle est prise de vertiges, saigne du nez; le soir même, elle a de la fièvre et ressent une grande fatigue. Pendant une huitaine de jours, anorexie, céphalalgie violente, fièvre ; pas d'autres épistaxis. Un médecin fait le diagnostic de fièvre typhoïde.

Elle entre à l'hôpital le 6 décembre. A ce moment, langue saburrale, anorexie, constipation opiniâtre, ventre ballonné, douloureux, pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite, insomnie; température, 38°6; la rate n'est pas grosse; les autres organes sont normaux; urines abondantes, claires, non fébriles.

Jusqu'au 23 décembre, la température va en diminuant, sauf deux exaspérations brusques et isolées à 38°8 et 38°2 les 19 et 21.

Le 24 décembre, ascension brusque à 38°7; courbe très irrégulière entre 36°5 et 38°4, jusqu'au 16 janvier. Etat général satisfaisant.

Le 5 janvier, la malade éprouve des fourmillements dans la main droite, fourmillements qui montent, comme une espèce d'aura, le long du bras et gagnent la poitrine derrière le sternum; aussitôt, sentiment de constriction thoracique, étouffement, puis mouvements toniques des extrémités, mains convulsées en pronation forcée, ébauche d'arc de cercle. Le tout dure environ un quart d'heure.

Le 26 janvier, la malade reçoit une assignation à comparaître devant le juge d'instruction sous l'inculpation d'avortement provoqué; nouvelle attaque d'hystérie, plus forte et plus longue que la première. La température remonte progressivement et atteint 39° le soir du 29 janvier. Le ventre se ballonne, la diarrhée reparaît; prostration, râles sibilants et sonores dans toute la poitrine. Les jours suivants, oscillations considérables de la température (de 37° à 40°4). On se demande s'il ne s'agit pas d'une tuberculose pulmonaire généralisée; l'examen des crachats est négatif. Les urines sont toujours abondantes, claires, non fébriles.

Le 5 février, ces râles ont complètement disparu ; la température revient à la normale.

Le 19 février, troisième attaque d'hystérie.

La malade sort le 26 février.

Il s'agit bien là d'un cas de fièvre hystérique. A son entrée à l'hôpital, la malade avait, selon toutes les apparences, une fièvre typhoïde : langue saburrale, ventre ballonné et douloureux, ascension de la température, et bientôt diarrhée et râles sous-crépitats venaient appuyer ce diagnostic.

Cependant, la bizarrerie du début, l'absence complète de prostration, enfin et surtout l'abondance des urines, leur couleur claire, leur apparence nullement fébrile attiraient l'attention. Ces deux derniers caractères se retrouvaient dans une seconde période fébrile, du 24 décembre au 7 janvier, qu'on aurait pu prendre pour une rechute de fièvre typhoïde.

On pensa donc qu'il s'agissait de fièvre nerveuse et ce diagnostic parut encore plus fondé lorsque, à la réception de son assignation à comparaître en justice, la malade fut reprise de fièvre. L'influences des émotions sur la courbe thermométrique, les apparitions soudaines de phénomènes sthétoscopiques et leur subite disparition, le facies de la malade, les caractères des urines, enfin les crises d'hystéries, venaient confirmer le diagnostic.

Deux remarques encore sont intéressantes : la première, c'est l'absence chez la malade de tout antécédent nerveux et de tout stigmate hystérique pendant sa fièvre. Mais l'hystérie est souvent monosymptomatique; ici l'on saisit deux manifestations : la fièvre et les attaques.

Si cette malade est entrée dans l'*hystérie active* par une fièvre affectant les allures d'une dothiénentérie, c'est qu'elle a vu évoluer à côté d'elle trois fièvres typhoïdes et que le tableau de cette maladie s'est gravé d'une façon suffisante dans son cerveau d'hystérique.

Quand il s'agit d'une fièvre hystérique, on comprend qu'elle puisse simuler un certain nombre de maladies fébriles : c'était une fièvre paludéenne chez le malade de M. Debove. M. Boulay, dans sa revue générale, consacre un chapitre à la fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale; c'est dire que les cas ne sont pas très rares; la pseudo-fièvre typhoïde y tient le premier rang.

On pourrait tirer parti, dans de pareils cas, pour le diagnostic, de l'examen des urines; il faudrait d'abord y rechercher les phosphates et voir si la proportion des alcalins et des sels terreux est conforme à la formule inversive qu'en ont donné Gilles de la Tourette et Cathelineau, et surtout s'assurer que les urines sont abondantes, claires, nullement fébriles.

Au point de vue thérapeutique, les antithermiques sont sans effet dans la fièvre hystérique : on pourrait recourir au bromure de potassium qui a donné de bons résultats dans des cas assez nombreux.

— Au début de la séance, M. Bucquoy a demandé à la Société de nommer une commission chargée de « provoquer des mesures qui assurent aux élèves des hôpitaux des soins convenables lorsqu'ils auront été frappés, dans l'exercice de leurs fonctions, d'une maladie infectieuse qui nécessite leur isolement. »

On se rappelle qu'un des externes de M. Bucquoy, M. Lallement, avait pris le typhus exanthématique dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Soigné d'abord dans une pièce isolée, dépendant du service de M. Bucquoy, M. Lallement avait été ensuite transporté, sans qu'on ait averti son chef et malgré les protestations des internes, à l'Hôtel-Dieu annexe et placé dans la salle commune.

La commission chargée d'étudier la proposition de M. Bucquoy est ainsi composée : MM. Millard, Bucquoy, Guyot, Gérin-Rose, Juhel-Rénoy.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 avril 1893. — Présidence de M. Dareste.

Sommaire : Langlois : Action physiologique des glandes surrénales. — Héricourt : Action du suc testiculaire. — Malany : Parasites du cancer.

M. Langlois poursuit ses recherches sur l'action physiologique des glandes surrénales ; il a fait l'ablation des capsules sur des chiens et a obtenu les mêmes résultats qu'en

opérant sur les grenouilles et les cobayes. Sur les 27 animaux sur lesquels il a expérimenté, 2 ont succombé très rapidement à des accidents opératoires, les autres ont présenté une survie plus ou moins longue, suivant que l'extirpation des capsules a été plus ou moins complète, mais si l'opération a été absolument complète des deux côtés, la mort survient dans les 15 à 40 heures qui suivent, toujours par le même mécanisme, par une auto-intoxication. Si on prend du sang d'un chien qui vient de succomber après l'extirpation des capsules et qu'on injecte à un chien que l'on vient d'opérer, la mort survient beaucoup plus rapidement. Il y a aggravation de l'intoxication.

M. Langlois indique le procédé opératoire dont il se sert; il aborde les capsules par une laparotomie latérale, enlève, si faire se peut, la totalité des glandes, sinon détruit les fragments au fer rouge en ayant soin de pratiquer au préalable la ligature de la veine précapsulaire.

M. Brown-Séquard a extirpé les capsules surrénales à deux cobayes, puis a pratiqué une saignée immédiatement suivie d'une transfusion de sang défibriné; il a constaté une survie des animaux, ce qui vient à l'appui des expériences de M. Langlois démontrant la toxicité du sang des animaux acapsulés.

— M. Brown-Séquard analyse une observation de M. Héricourt qui montre l'action comparative du suc testiculaire de la solution de phosphate de chaux de Crock, du sérum artificiel de Chéron, du suc de substance grise de C. Paul, de la spermine de Poehl.

Le suc testiculaire et la spermine auraient seuls déterminé une action manifeste sur un malade neurasthénique, les autres liquides n'ayant aucune action.

M. Brown-Séquard ne croit pas à l'efficacité de la transfusion nerveuse.

— M. Malassez a envoyé une note dans laquelle il dit que, parmi les parasites du cancer décrits par M. Ruffer, se rencontre un micro-organisme tout à fait semblable, par la description qu'en donne l'auteur, à celui qu'il a déjà lui-même étudié.

COURRIER

Hôpital Cochin. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz a commencé son cours de clinique thérapeutique à l'hôpital Cochin le mercredi 26 avril, et le continuera les mercredis suivants, à 10 heures. Il traitera, cette année, de l'*Hygiène alimentaire.*

Le lundi, conférence par MM. Bardot et Dubief. Ce dernier fera une série de conférences sur le typhus exanthématique à partir du 1er mai.

Le mardi, conférence de séméiologie, par les internes du service.

— MM. les docteurs Legueu, Hallé et Chabrié commenceront le 5 juin prochain, à 5 h. 1/2, un cours complémentaire sur la clinique, la médecine opératoire, la bactériologie, l'histologie normale et pathologique et la chimie des voies urinaires.

Le nombre des élèves étant limité, on est prié de se faire inscrire d'avance à la clinique de Necker, pour l'un ou l'autre de ces cours.

Excursion sur la Méditerranée a l'occasion du Congrès international de médecine de Rome. — La *Orient steam navigation Company* aménage un de ses plus beaux bateaux, *Garonne*, de près de 4,000 tonneaux, dans le but de transporter directement, de Londres à Rome, les membres du Congrès international de médecine.

Départ de Londres, le 12 septembre; arrêt à Cadix, le 17 septembre (arrêt suffisant pour visiter Séville); arrivée à Civita-Vecchia, le 23 septembre (train spécial pour Rome). — Départ de Civita-Vecchia, le 27 septembre, ou de Naples le 28; au retour, on touche à Malaga, à Lisbonne et à Plymouth (12 octobre). Retour à Londres, le 13. Prix total

du voyage : 40 guinées (1,050 francs environ. — S'adresser, pour renseignements, à M. Anderson et Cᵒ, 5, Fenchurch avenue, London, E. C.

Excursion en Suisse et dans l'Italie du Nord a l'occasion du Congrès international de médecine de Rome. — Après des démarches faites par le secrétaire général du Comité français d'initiative et de propagande du Congrès international de médecine de Rome, l'*Agence française des voyages économiques* a organisé une excursion à prix réduits pour les Congressistes qui, en se rendant à Rome, désirent visiter la Suisse et passer par le Saint-Gothard. L'itinéraire de cette excursion, essentiellement privée et réservée uniquement aux membres du Congrès et à leur famille, n'est pas encore définitivement fixé, mais nous savons qu'on partira vers le 10 septembre et qu'on sera rentré à Paris vers le 5 ou 6 octobre. Nous nous permettons de recommander tout particulièrement cette excursion à nos jeunes collègues d'internat, que les fatigues et les ennuis d'un voyage rapide fait en commun — mais très instructif — sont incapables d'arrêter.

— Il se publie aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord plus de 200 journaux de médecine qui n'ont pas d'autre but que de faire de la réclame à certains produits brevetés. Chacun des numéros de ces journaux ne publie comme articles originaux que des articles destinés à recommander le produit en question (*New-York med. Rec.*)

On peut se rendre compte, par les chiffres ci-dessous, de l'importance que prend aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord ce que nous appelons en France la médecine illégale. Dans le seul état de Pensylvanie, on ne compte pas moins de 332 médecins praticiens n'ayant aucun diplôme et 222 ayant acheté leur diplôme à une Université qui n'existe que sur le papier.

Faculté de médecine de Toulouse. — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé sur sa demande, et à partir du 1ᵉʳ mai 1893, à M. Vieusse, chargé des fonctions d'agrégé de chirurgie.

— Par décret, le trésorier de l'Association française pour l'avancement des sciences est autorisé à accepter, au nom de ladite Association, le legs que lui a fait le sieur Lompech d'une somme de 5,000 fr.

— M. A. Loir, neveu et élève de M. Pasteur, vient d'être nommé aux fonctions de directeur du nouvel Institut bactériologique dont la fondation vient d'être décidée à Sydney Australie). Cette fondation n'est, en somme, que le subventionnement, par les gouvernements du Queensland, de la Nouvelle-Galles du Sud et de la Tasmanie, du laboratoire installé, il y a cinq ans, par M. Loir, sous son initiative privée, et qui avait déjà rendu de grands services aux éleveurs dans la lutte incessante qu'ils ont à soutenir contre les maladies du bétail, et particulièrement contre le charbon et la péripneumonie.

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 2ᵉ classe Conan est désigné pour continuer ses services au Tonkin, en remplacement de M. Ferradini.

M. le médecin de 2ᵉ classe Lesquendieu est désigné pour embarquer sur le *Papin*, à Toulon.

M. le médecin de 2ᵉ classe Palasne de Champeaux ira servir au Tonkin, en remplacement de M. Taddei.

M. le médecin de 2ᵉ classe Pellen ira servir au Bénin, en remplacement de M. Ventrillon.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. Paul Reclus.

TRAITEMENT DES ENTORSES

Nous avons observé ensemble un certain nombre d'entorses graves guéries en peu de jours par un procédé dont j'ai déjà donné la formule, mais qui ne me paraît pas s'être vulgarisé autant qu'il le mérite. Vous avez vu nos blessés quitter l'hôpital en se servant sans douleur, sans raideur et même sans gêne appréciable de leur jointure forcée. Ce résultat ils le devaient à un traitement bien simple et dont l'originalité, s'il en a une, est qu'il est une synthèse des trois méthodes qui, à cette heure, se disputent la thérapeutique de l'entorse : la balnéation prolongée, le massage et l'enveloppement avec la bande élastique. Je vous demande la permission de revenir une fois encore sur ce sujet, tant je voudrai vous communiquer mes convictions appuyées maintenant sur une pratique de plus de sept années.

La balnéation, dans le traitement des entorses, a déjà un long passé, et Ravaton, J. L. Petit, Boyer en signalent les bons effets. Mais il faut arriver à Baudens pour en trouver l'application régulière ; jusque-là, on se bornait à entourer la jointure forcée de compresses imbibées d'eau blanche et d'alcool camphré; mais on y appliquait aussi des sangsues sous le prétexte — d'une physiologie bien enfantine — d'absorber le sang épanché dans les tissus. L'immersion dans l'eau froide, préconisée par le célèbre chirurgien militaire, est un progrès dans la thérapeutique des entorses; elle apaise la douleur, arrête la tuméfaction, s'oppose aux phénomènes inflammatoires consécutifs; dans des mains habiles, elle a rendu de réels services et, par elle, de nombreuses entorses ont été guéries. Mais une grand patience est nécessaire, car l'immersion dans l'eau froide dure trois, quatre, huit et même dix jours, « tant que le blessé s'y trouve bien », disait Baudens.

J'ai proposé de substituer à l'immersion dans l'eau froide l'immersion dans l'eau très chaude, dont la valeur me paraît infiniment supérieure, et voici quels me paraissent en être les avantages : d'abord, la haute température accélère la circulation qui débarrasse plus rapidement les tissus des exsudats extravasés par le traumatisme ; elle augmente, dit-on, l'activité nutritive des protoplasmas qui réparent plus vite les désordres articulaires; enfin, on n'a pas à redouter avec elle les réactions si vives qui succèdent trop souvent à l'emploi de l'eau froide, le gonflement et la congestion consécutives. Je ne sais si mes adeptes sont très nombreux; en tous cas, j'ai eu le plaisir de voir mon opinion acceptée par le docteur Rosenblith, car ce spécialiste écrivait récemment :« Je plonge l'articulation malade pendant dix minutes dans de l'eau très chaude, qui dilate les vaisseaux de la partie à masser. »

La technique de l'immersion est des plus simples : l'articulation entorsée est mise dans une poissonnière si la lésion siège au membre supérieur, dans un bain de pied si elle a frappé le membre inférieur, et c'est dans l'un ou l'autre de ces récipients que l'on verse de l'eau d'abord à 45 degrés centigrades ; puis, peu à peu, on ajoute de l'eau bouillante de façon à élever progressivement la température. Certains blessés ne peuvent supporter plus de 50 à 52 degrés, mais d'autres vont assez facilement jusqu'à 55. On s'arrête alors, et il nous paraît inutile de dépasser cette température d'une tolérance déjà difficile. L'immersion doit être assez prolongée ; mais on ne peut guère aller au delà de dix minutes, car la température du corps tout entière s'élève et le malade se couvre de sueur. C'est à ce moment qu'on cesse la balnéation et que, dans mon procédé thérapeutique, on a recours au massage.

L'immersion, comme procédé exclusif pour le traitement des entorses, perdit le plus grand nombre de ses partisans le jour où le massage, abandonné jusqu'alors aux mains des rebouteurs, fut réhabilité par Bonnet de Lyon, puis vulgarisé par Lebatard et par Girard en 1856, par Nélaton, par Malgaigne, Broca et Servier. Le massage fit alors son entrée triomphale dans la médecine officielle et, depuis, il est resté parmi nous la méthode de choix. Toutes les entorses ont été massées, le plus souvent au grand bénéfice des blessés. Lorsque le mal est léger, trois ou quatre jours suffisent pour amener une guérison durable, et l'on a vu même des individus, cloués au repos par la douleur que provoquait le moindre mouvement, reprendre la libre fonction de la jointure après une seule séance. Le « lève-toi et marche » de l'Évangile a pu se renouveler pour eux, et, lors du renouveau du massage, les journaux du temps racontèrent des faits merveilleux de guérison rapide pour des « étoiles » de l'Opéra. Ne croyez pas, cependant, que cette restitution immédiate de la fonction soit la règle et, même sous les doigts des virtuoses du massage, les entorses de gravité moyenne exigent plusieurs jours d'un traitement assidu.

On a voulu faire du massage une science fort ardue, qui nécessite des dons particuliers ou, pour le moins, une lente initiation. Certainement, un bon masseur ne s'improvise pas, et tous les métiers doivent s'apprendre ; mais un médecin instruit, attentif, agile de ses doigts et qui, par surcroît, connaît l'anatomie, les sinuosités articulaires, les gaines des tendons, les groupes musculaires, le trajet des nerfs et des vaisseaux, peut, en quelques heures, devenir assez habile pour traiter utilement une entorse. Il ne faut pas se laisser éblouir par la multiplicité des termes dont on a hérissé les livres publiés sur ce sujet. En somme, le but à atteindre est très simple et les manœuvres pour y arriver assez peu compliquées. On veut provoquer la résorption plus rapide des extravasats épanchés autour de la jointure, et, pour cela, il suffit d'exercer des pressions graduelles d'abord très douces et, progressivement, plus appuyées, qui diffusent, sur un plus large espace, dans les mailles du tissu conjonctif, le sang et la lymphe, dont l'absorption se fait alors par des voies beaucoup plus nombreuses.

Nous n'avons pas à vous apprendre ici comment on pratique le massage et vous avez vu nos élèves du service oindre la jointure entorsée d'un corps gras quelconque, huile ou vaseline, entourer de leurs deux mains la région douloureuse et gonflée et la presser de la face palmaire de leur pouce.

C'est d'abord un frôlement doux, un glissement, une pression légère et toujours dirigée de l'extrémité du membre vers sa racine. Ces frictions « centripètes » sont de rigueur, et tous les spécialistes attachent une grande importance à ces passes faites uniquement dans le sens du courant veineux. Cette pratique s'explique : d'abord, on refoule les exsudats péri-articulaires vers des régions à lames cellulaires plus étendues et où les mailles conjonctives sont plus aptes à l'absorption, et puis, si on massait dans les deux sens, la pression centrifuge ramènerait au point d'origine les infiltrations séro-sanguines qu'en avait chassé la pression centripète.

Des discussions sans terme se sont élevées sur la durée de chaque séance; les uns déclarent que une, deux, trois heures même sont nécessaires et d'autres se contentent de dix minutes; pour ma part, je me rattache plutôt à la pratique de ces derniers, et je ne dépasse guère un quart d'heure, un peu plus du temps qu'a duré l'immersion du membre dans l'eau chaude. Après cinq minutes de pression légère, la région est comme engourdie et le patient supporte beaucoup mieux les frictions énergiques; on sent sous le doigt fondre l'œdème et s'écraser les caillots sanguins qui crépitent et se dissocient. D'ailleurs, si la séance est bien supportée, on peut la renouveler deux ou trois fois dans le même jour, et nous préférons ces massages brefs et multiples au pétrissage prolongé : l'effet thérapeutique nous en paraît meilleur. Quoi qu'il en soit, il nous paraît, enfin, que le massage est un moyen excellent; on ne compte plus les succès indiscutables qu'on lui doit. Aussi voulons-nous le conserver au même titre que la balnéation dans notre thérapeutique de l'entorse.

Cependant on a cherché mieux encore, et, d'après nous, on a trouvé. Bruns et Siebermann ont appliqué aux entorses la bande en caoutchouc dont Marc Sée s'est fait, en France, le défenseur convaincu. Grâce, dit-il, à la pression douce, mais soutenue, qu'elle exerce sur la région blessée, elle refoule les liquides extravasés qui l'infiltrent; le sang et la lymphe cheminent jusqu'aux tissus sains où leur absorption est plus facile. « La bande élastique agit donc comme le massage, mais elle a sur lui cet avantage que son action est continue; elle évite les réactions qui s'opèrent dans l'intervalle des séances, le retour du gonflement et de la douleur. » Nous avons bien des fois contrôlé la réalité de cette assertion, et, depuis près de dix ans, nous avons recours à la bande élastique, dont l'emploi, du reste, ne présente aucune difficulté; voici cependant les règles élémentaires dont il ne faudrait pas se départir :

Dès que l'entorse s'est produite, nous enveloppons la jointure entorsée avec la bande élastique; s'il s'agit du pied, — car nous avons étendu son emploi aux autres articulations, — nous mettons nos premiers tours au niveau des orteils et nous enroulons la bande autour du pied, puis du cou-de-pied, jusqu'à mi-jambe environ; nous ne la serrons pas ou mieux nous la serrons juste ce qu'il faut pour qu'elle puisse tenir. C'est suffisant, et, à l'exemple de Marc Sée, nous recommandons au patient ou aux personnes de son entourage d'enlever la bande si la striction était assez forte pour provoquer de la douleur. Lorsque l'entorse n'est pas très grave, que les déchirures sont peu étendues, que l'articulation est sans mobilité anormale, nous permettons les mouvements. Siebermann raconte que, grâce à cet

enveloppement pratiqué sur son pied entorsé, très gonflé et très douloureux, il put marcher le lendemain et faire, au cinquième jour, son service militaire.

Je pourrai citer aussi ma propre observation : lors d'une chute de voiture, j'eus une entorse du genou telle, qu'après m'être relevé et avoir fait quelques pas dans la rue, je fus obligé de m'arrêter tant la douleur était vive; au bout d'une demi-heure, la région était chaude, gonflée, déformée et déjà la rotule était soulevée par une petite quantité de liquide. J'appliquai aussitôt la bande élastique. L'apaisement fut immédiat, et, au repos, du moins, la souffrance était nulle; je pouvais même marcher sans trop de douleur en terrain plat; dès le cinquième jour, je commençai à monter facilement un escalier et je pouvais le descendre quelques jours plus tard. Au bout de deux semaines, la plupart des mouvements étaient possibles et les trois semaines n'étaient pas écoulées que je pus quitter la bande en caoutchouc qui avait guéri mon entorse, tout en me permettant de ne pas interrompre mes occupations habituelles.

L'immersion du pied dans l'eau chaude, les massages, l'enveloppement dans la bande en caoutchouc, voilà donc les trois méthodes principales que la thérapeutique actuelle nous fournit pour le traitement des entorses. Pour ma part, je les retient toutes les trois,car il me semble que, loin de s'exclure, elles peuvent se prêter un mutuel appui, et voici la technique que je vous propose : je commence par appliquer le plus tôt possible, immédiatement après l'accident si les circonstances le permettent, la bande élastique selon la méthode indiquée plus haut. Elle doit rester à demeure et fait le fond du traitement. Cependant, deux fois par jour, le matin et le soir, je l'enlève pour essuyer et laver la région. En effet, sous son tissu imperméable, s'accumule la sueur qui se décompose vite, prend une odeur insupportable, et, chose plus grave, irrite les téguments; sans la précaution que j'indique, elle pourrait provoquer des poussées eczémateuses et de véritables éruptions d'acné ou de petits furoncles.

C'est alors qu'intervient le deuxième précepte du traitement : on profite de cet enlèvement momentané de la bande élastique, le matin et le soir pour plonger la jointure entorsée dans un bain dont on élève progressivement la température,à 48 50, et même à 55 degrés centigrades. Il me paraît, inutile d'aller jusqu'à 60 et 62 comme je l'ai vu faire pour quelques malades stoïques. Sous son influence, la douleur cesse si déjà la bande élastique ne l'a pas calmée ou dissipée; la circulation s'active, peut-être aussi les échanges nutritifs, et nous nous imaginons que ces modifications diverses doivent être pour beaucoup dans la résorption plus rapide des exsudats péri-articulaires. Quoi qu'il en soit, l'amélioration est manifeste, et après les dix ou quinze minutes tout au plus que les patients ont pu supporter l'immersion, la jointure entorsée se trouve plus souple et les mouvements plus faciles.

C'est encore pour activer la résorption des exsudats que nous ajoutons le massage à la pression exercée par la bande élastique ; et ce massage constitue le troisième terme de notre traitement. Le caoutchouc a bien sur le massage l'avantage d'agir d'une façon continue, mais il ne peut, comme le massage, chasser des mailles qui les contiennent des caillots soli-

difiés; l'énergique pression du doigt, le « pétrissage » n'est pas de trop pour cela; il dissémine beaucoup mieux les infiltrations péri-articulaires et prépare ainsi la besogne à la bande élastique. En effet, après l'immersion du pied dans l'eau chaude pendant dix à quinze minutes, après une séance de massage d'une même durée, encore dix à quinze minutes, on enveloppe le membre pendant douze heures sous la bande de caoutchouc. Et il faut que l'entorse soit très grave, les délabrements étendus, les déchirures considérables, les épanchements sanguins abondants, pour que la guérison complète ne soit pas obtenue en moins de quinze jours.

Je pourrai vous citer un grand nombre de faits où cettre triple manœuvre, l'enroulement élastique, l'immersion dans l'eau à 50 degrés et le massage, ont donné les meilleurs résultats. Je laisserai de côté les observations recueillies dans notre service, d'abord parce que vous les connaissez, et puis elles sont sujettes à une double erreur : parfois, quelques malades, soucieux de leur famille et de leur travail, se disent guéris pour quitter plus tôt l'hôpital; d'autres, en plus grand nombre, surtout aux époques de chômage et pendant la mauvaise saison, accusent encore des douleurs qu'ils n'ont plus pour continuer leur séjour. Aussi vous rappellerai-je seulement quelques cas que j'ai soignés dans la clientèle, et qui tirent une réelle importance de l'extrême gravité des lésions : il s'agit de trois entorses de l'articulation tibio-tarsienne et d'une entorse du poignet, variété peu fréquente, mais dont on a exagéré la rareté.

Je fus appelé chez une dame de 39 ans qui, en descendant de voiture, fit un faux pas; elle voulut marcher, mais la douleur devint si vive qu'on dut la transporter chez elle ; je la vis au bout de quelque temps et la déformation du cou-de-pied était telle que je crus à une fracture sus-malléolaire, mais l'examen minutieux me prouva que les os étaient intacts, sauf peut-être un léger arrachement du sommet de la malléole externe ; le gonflement étendu et rapide était dû à la rupture de quelques veines variqueuses. Je fis immédiatement plonger le pied dans un bain à la température de 45 degrés que je fis élever progressivement jusqu'à 50, et, après un quart d'heure, j'appliquai la bande élastique. Déjà la douleur, très vive au moindre mouvement, s'était apaisée dès que la région malade avait été immergée, et le bien-être se continua sous la pression du caoutchouc.

Dès le lendemain, le gonflement était moindre; je recommandai l'immersion bi-quotidienne du pied dans le bain chaud, puis la réapplication immédiate de la bande élastique. Au troisième jour, je commençai les séances de massage, une chaque matin, un quart d'heure environ, après un quart d'heure d'immersion dans l'eau à 50 degrés; j'écrasais, sous mes pouces, des caillots abondants que j'essayais de refouler vers le mollet; mais la masse en était telle qu'à la quatrième séance il en existait encore de véritables foyers en arrière, le long du tendon d'Achille. Néanmoins, dès le septième jour, la malade pouvait faire quelques pas dans sa chambre et au douzième, elle tenta, sans dommage, sa première sortie; au quinzième, la guérison était complète.

Observation analogue pour un Américain de 55 ans qui, dans la rue, en voulant se garer d'un omnibus, se tordit le pied et tomba ; la roue d'une voiture atteignit le front et y fit une déchirure étendue. Le blessé fut transporté à l'hôtel et soigné par un médecin qui sutura la plaie du visage et

mit le pied dans un appareil. Je fus appelé au huitième jour ; les douleurs étaient vives, l'impotence absolue et de grandes plaques ecchymotiques noircissaient la région externe du pied et la gouttière rétro-malléolaire ; la pression était très douloureuse au niveau de l'interligne articulaire et au sommet de la malléole externe; mais la malléole elle-même était absolument intacte; il s'agissait bien d'une entorse avec épanchement sanguin abondant.

Le traitement fut institué : immersion du pied pendant vingt minutes dans un bain qui fut très difficilement élevé à 49 degrés, le patient ne pouvant supporter une température supérieure; puis nous pratiquons une séance de massage qui dure un quart d'heure : nous écrasons des caillots, moins nombreux cependant que dans l'observation précédente, et nous refoulons l'œdème vers le mollet; puis nous appliquons la bande élastique jusqu'au lendemain. Pour la première fois, depuis l'accident, le sommeil fut tranquille. Nous recommençons le lendemain; le troisième jour, le malade fit quelques pas dans l'hôtel; le cinquième, on le descendit, et, le septième, il recommençait ses visites quotidiennes à l'Exposition.

J'ai observé récemment une jeune dame qui, en tombant dans un escalier, se fit une entorse grave de l'articulation tibio-tarsienne; le gonflement fut rapide et l'impotence fonctionnelle presque absolue; le moindre mouvement était la cause de souffrances telles que le sommeil de la première nuit fut presque impossible. Je fus appelé le lendemain et je prescrivis un bain de pied qui fut pris devant moi à la température de 52 degrés ; je fis, aussitôt après, une séance de massage d'un quart d'heure et j'appliquai la bande élastique. La malade se sentit si bien sous cette compression méthodique et douce, qu'elle voulut et qu'elle put, séance tenante, mettre le pied par terre et faire quelques pas. Le repos néanmoins fut continué pendant quatre jours. Au bout de ce laps de temps, la patiente vaquait à quelques occupations dans sa maison, et, au septième jour, elle sortait, marchait d'un pas assez délibéré; au quinzième, elle quittait la bande élastique, qu'elle reprit pourtant pendant une semaine encore pour combattre un œdème rétro-malléolaire.

Enfin, j'ai constaté, chez une jeune fille de vingt-et-un ans une tuméfaction douloureuse du poignet survenue à la suite d'une chute sur le dos de la main; cette flexion forcée s'était accompagnée d'une très vive souffrance, et, lorsque je fus appelé, je constatai, outre une tuméfaction généralisée de la jointure, mais plus marquée, cependant, sur la région dorsale, l'absence des signes cardinaux de la fracture, douleur localisée à un centimètre audessus de l'interligne, apophyses styloïdes du radius et du cubitus situés au même niveau et déformation en dos de fourchette. Aussi, malgré la rareté de ce traumatisme, je conclus à une entorse radio-carpienne, et j'instituai mon traitement : immersion dans l'eau chaude, massage et enveloppement dans la bande élastique. Le résultat en fut rapide et excellent; les mouvements, impossible le premier jour avant notre intervention, commençaient à s'exécuter le lendemain et devenaient faciles le troisième jour. La semaine n'était pas finie que le poignet avait reconquis sa souplesse primitive.

Telle est, Messieurs, la méthode que je vous conseille; elle est simple, facile, pratique, malgré son apparente complication, et je doute que la bal-

néation toute seule, le massage sans autre adjuvant, ou la bande élastique à demeure puisse, aussi rapidement et aussi sûrement, guérir des entorses aussi graves. Et voilà pourquoi j'ai voulu revenir sur un sujet que j'ai exposé ailleurs, presque dans les mêmes termes; mais il me semble présenter un assez vif intérêt pour que j'appelle sur lui, une fois encore, votre attention.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Etiologie du typhus.

M. Bucquoy rapporte, à propos de l'étiologie du typhus, un fait dont il a été témoin alors qu'il était élève à Amiens, en 1848. Un prévenu, malade du typhus, et amené dans le cabinet du juge d'instruction, y fut interrogé devant une quinzaine de personnes L'individu fut réintégré dans sa prison et bientôt il se développa, dans cette dernière, une épidémie très grave. En même temps, toutes les personnes qui avaient vu le prisonnier dans le cabinet du juge furent atteintes et plusieurs succombèrent.

Théorie de l'immunité vaccinale.

M. Hervieux termine la lecture de son travail sur l'immunité vaccinale et arrive aux conclusions suivantes :

L'état bactéricide est la condition essentielle de l'immunité vaccinale; c'est le passage des produits bactériens à travers l'organisme qui, en provoquant la diapédèse, détermine l'état bactéricide, c'est-à-dire l'immunité vaccinale.

La bactérie vaccinale ne passe pas dans le sang; elle est détruite par les leucocytes imprégnés de ses produits de sécrétion. La puissance prodigieuse de prolifération des microbes fait concevoir comment avec un seul bouton on peut obtenir l'immunité vaccinale.

La décroissance de l'immunité vaccinale s'explique par la loi du renouvellement des tissus et des humeurs dans l'organisme humain.

La loi du renouvellement explique chez les revaccinés la stérilité de certaines piqûres, la fécondité de certaines autres, et le développement plus ou moins incomplet des boutons vaccinaux.

La revaccination constitue le seul moyen à l'aide duquel on puisse mesurer le degré de conservation de l'immunité vaccinale.

L'activité de la rénovation dans le jeune âge, son ralentissement dans l'age avancé expliquent la prompte disparition de l'immunité vaccinale chez les jeunes sujets, sa persistance chez les sujets âgées.

La suture des nerfs

M. Laborde ne peut admettre que la simple mise en contact des deux bouts d'un nerf suffise pour y faire passer l'influx nerveux. Pour lui, l'expérimentation vient à l'encontre de ce fait et, quoiqu'en dise M. Le Fort, cette expérimentation donne des résultats au moins aussi bons chez l'animal que chez l'homme. Le chien ne parle pas, cela est vrai, mais il possède une très vive sensibilité du côté des pulpes digitales; ses réactions motrices sont parfai-

tement suffisantes pour guider le physiologiste, et elles sont toujours sincères. Au contraire, chez les malades, les recherches relatives à la sensibilité n'ont peut-être pas toujours été faites avec toutes les précautions nécessaires et avec des instruments appropriés. De plus, soit involontairement, soit volontairement, l'homme soumis à l'expérience peut tromper. M. Laborde, lorsqu'il fait des recherches sur la sensibilité, sectionne souvent la moelle au-dessous du bulbe, et il est bien évident qu'alors il n'est possible d'observer que des manifestations reflexes et inconscientes.

L'emploi de l'électricité permet, chez l'animal, de mesurer la sensibilité des parties éprouvées, et c'est là encore un grand avantage.

Le malade de M. Le Fort avait, depuis deux ans, perdu toute sensibilité, lorsque, à la suite d'une suture, cette sensibilité reparaît passagèrement; après une nouvelle opération, faite un an plus tard, la sensibilité revient de nouveau, et, cette fois, définitivement. M. Le Fort dit que, en mettant en contiguïté les deux bouts du nerf sectionné, il a permis à l'influx nerveux de passer. M. Laborde répond qu'il y a eu simplement un effet de dynamogénie qui a remis en évidence la sensibilité récurrente.

M. Le Fort admet la dynamogénie lors de l'élongation des nerfs. Or, l'élongation est faite dans le plus grand nombre des cas de suture nerveuse, car on est obligé de tirer un peu sur les deux bouts séparés pour arriver à les mettre en contact. Chez le malade de M. Le Fort, la première opération, par un effet de dynamogénie, ramène une sensibilité récurrente passagère, obtuse; après la seconde opération, la sensibilité ne revient complètement qu'après un long temps. C'est qu'alors les nerfs sont régénérés.

Chez un animal, lorsqu'après la section expérimentale d'un nerf on rapproche les deux bouts immédiatement, jamais la sensibilité ne reparaît de suite si toutes les branches collatérales ont été coupées, c'est-à-dire s'il ne peut y avoir de sensibilité récurrente.

Ce que nous savons sur la dynamogénie et la sensibilité récurrente suffit à expliquer les faits [du retour de la sensibilité, les suites de la suture des nerfs, sans qu'il soit besoin de recourir à des hypothèses hasardées.

— M. Le Fort insiste sur ce fait que, dès que les deux bouts du nerf sont rapprochés et affrontés, la sensibilité reparaît; cette sensibilité est obtuse, cela est vrai, mais elle n'en indique pas moins qu'il se fait une transmission. Pour qu'il y ait retour complet, il est nécessaire que la régénération se produise, tout le monde l'admet.

THÉRAPEUTIQUE

Les silicates alcalins et les eaux minérales silicatées alcalines : Sail-les-Bains.

Par le docteur L. Greffier, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I. Parmi les recherches les plus intéressantes faites depuis un siècle dans les sciences médicales, on doit compter celles qui ont trait aux « diathèses », recherches qui ont eu sur la thérapeutique un heureux retentissement. Un des résultats les plus précieux de ces travaux a été la constitution de la *diathèse arthritique* (appelée *herpétique* par Lancereaux). Le mot arthritisme (ou herpétisme) n'est plus un banal synonyme de goutte ou de rhumatisme; on comprend maintenant, sous ce nom, toute une série d'affections reliées entre elles par leur coexistence ou leur succession; et encore plus par leur cause, qui est la « prédominance de l'acide urique dans le sang », au moins d'après bon nombre d'auteurs.

La goutte, la gravelle, le rhumstisme chronique, l'obésité, et peut-être la lithiase biliaire et certains diabètes (Lancereaux, communication orale) sont autant de manifestations diverses de cette diathèse. Toutes ces affections constituent, en somme, une même entité morbide et doivent être, par conséquent, justiciables d'un traitement unique, s'adressant à une cause unique.

Parmi les médications innombrables qui ont été dirigées contre cette « uricémie », les « alcalins » tiennent certainement le premier rôle. Les succès obtenus au moyen des bicarbonates alcalins justifient amplement la vogue des eaux minérales bicarbonatées alcalines. Néanmoins, ces succès n'ont pas empêché les médecins de chercher mieux encore, et, de fait, la médication bicarbonatée alcaline n'est pas sans présenter de nombreux et graves inconvénients. Trousseau a décrit sous le nom de « cachexie alcaline » l'état de consomption, de dépérissement que peut produire à la longue l'abus d'un pareil traitement.

Il n'était donc pas sans intérêt de trouver un médicament qui, avec les mêmes propriétés, ne présentât pas ce danger. Ce desideratum se trouve réalisé par les « silicates alcalins » qui agissent comme les bicarbonates, mais à « doses infiniment moindres [Bonjean (de Chambéry), Pétrequin et Socquet.]

Les préparations de silicates alcalins n'existent pas en pharmacie; mais nous en trouvons dans la nature une excellente : ce sont les « eaux minérales silicatées alcalines ». Ce petit groupe, déterminé par les frères Byasson, ne comprend guère que deux stations : *Saïl-les-Bains* (Loire) et Cauterets (source Manhourat). Mais cette dernière est moins riche que celle de Sail en silicates et contient, en outre, une quantité assez notable de sulfure de sodium, ce qui peut en changer les indications.

Par ces divers motifs, nous avons conclu, dans une étude publiée récémment : « que les eaux de Sail sont le spécifique *de la goutte et de l'arthritisme*, ou, en un mot, de l'uricémie. » Si l'on fait rentrer le *diabète* parmi les manifestations de l'arthritisme, il faut l'ajouter ici. M. le docteur Jays en a obtenu deux guérisons pendant la saison de 1891.

II. A côté de ces affections, où l'action des silicates alcalins se comprend d'elle-même, il est tout une classe de maladies dans lesquelles les observations cliniqnes ont démontré l'effet merveilleux des eaux de Sail, sans que nous en ayons une explication physiologique suffisante, ce sont les *maladies de la peau.*

Les cas guéris à Sail depuis des années surabondent puisque les statistiques dressées de 1877 à 1880 ont pu signaler notamment 350 guérisons et 281 améliorations « d'eczémas » contre 63 insuccès, et dans « l'impétigo » 23 guérisons et 28 améliorations contre 4 insuccès seulement. M. le docteur Hugues rapporte deux cas de « lupus » de la face traités vainement par tous les moyens et guéris à Sail en moins de vingt jours. Ici encore, évidemment, les silicates agissent comme « dépuratifs » du sang; mais sur quel élément agissent-ils?

Nous l'ignorons, puisque la cause intime de ces affections ne nous est pas connue Mais le résultat thérapeutique n'est pas douteux.

III. Mais, en outre de leur pouvoir dissolvant de l'acide urique, les silicates alcalins et, d'après l'Ecole homœopathique, leur principe la « silice » possèdent une action marquée sur les « suppurations ». Cette propriété des silicates alcalins a été affirmée à la tribune de l'Acanémie des sciences (décembre 1873) par MM. Rabuteau et Papillon, dans les termes suivants :

« Le silicate de soude détruit en temps variable les globules de pus, les parasites microscopiques, les particules et les corpuscules organisés qui provoquent les corruptions

de toutes sortes et cette action s'exerce à des doses très faibles. Nous pensons qu'il mériterait d'être spécialement expérimenté dans certaines maladies de peau. »

M. Picot, vers la même époque, fit également, à l'Académie des sciences, une communication où il est dit : « Le silicate de soude arrête d'une manière certaine, et même à petites doses, la fermentation putride. Il retarde également les autres fermentations. Il s'oppose à la fermentation du glycose dans la matière glycogène du foie; il est, par conséquent, très utile dans les maladies de cet organe, ainsi que dans le *diabète*. Il est encore d'une grande efficacité dans le traitement des écoulements génitaux chez les malades des deux sexes. »

Cette action des silicates sur « les suppurations « s'est fréquemment révélée aux eaux de Sail-les-Bains. C'est ainsi qu'on a observé des guérisons remarquables des « catarrhes des diverses muqueuses » : vessie, vagin, matrice, urèthre. D'anciennes « blennorrhagies » traitées sans succès, même par les instillations de nitrate d'argent, des « métrites invétérées » ont trouvé à Sail une guérison ou une amélioration inespérée. Les « ulcères variqueux » de vieille date se cicatrisent aussi très rapidement.

L'action de la silice sur les suppurations explique encore l'influence de ces eaux sur les manifestations de la *scrofule* et du *rachitisme*, particulièrement les suppurations osseuses.

IV. Enfin, nous devons signaler une dernière propriété des eaux de Sail-les-Bains, c'est leur « pouvoir sédatif ». Celui-ci n'est peut-être pas dû aux silicates alcalins, mais à l'azote et à la silice gélatineuse qui se trouvent en disolution dans ces eaux. Il en résulte qu'elles peuvent être avec le plus grand avantage appliquées au traitement des *maladies nerveuses* (hystérie, neurasthénie, insomnie nerveuse).

Enfin, il est certains cas où l'on s'explique difficilement des résultats qui ne peuvent cependant être mis en doute. C'est ainsi que Hugues signale des succès dans le « mal de Bright » et dans un cas de « cachexie pachydermique ». (Extraits de la *Gazette des hôpitaux*.)

BIBLIOTHÈQUE

LES TUMEURS BLANCHES CHEZ L'ENFANT, par le Dr A. BROCA, chirurgien des hôpitaux de Paris. — G. Masson (1893).

La pratique médico-chirurgicale des tumeurs blanches articulaires comporte, chez l'enfant et chez l'adulte, des différences notables. Chez l'enfant, il faut tenir grand compte de la tendance à la guérison spontanée, laquelle peut et doit être favorisée par un traitement médical général et par un traitement local orthopédique, *non sanglant*. Chez l'adulte, les résections s'imposent bien plus fréquemment, sans qu'on ait à se préoccuper de la compromission de l'accroissement ultérieur du membre. Ce raccourcissement est au contraire à redouter chez l'enfant et doit commander une grande réserve à l'opérateur, que l'innocuité précieuse due aux méthodes aseptiques induit, trop aisément peut-être, en tentation chirurgicale. Ces indications et contre-indications sont indiquées d'une façon nette, précise, très raisonnée dans l'*Aide-Mémoire* de M. A. BROCA, qui s'est inspiré, avec un sens fort juste, d'ailleurs, de la doctrine et des admirables travaux de M. le professeur OLLIER (de la Faculté de Lyon), le grand maître français en matière de résection et de chirurgie conservatrice.

MALADIES DES PAYS CHAUDS, par le professeur DE BRUN, médecin sanitaire de France en Orient. — G. Masson (1893).

Ce nouveau Compendium de la pathologie des climats chauds est appelé à prendre place dans la bibliothèque de tous les praticiens sans exception; car, par ce temps d'excursions illimitées et d'expansion coloniale universelle, le médecin le plus sédentaire peut avoir pour clients des malades ayant rapporté sous le climat tempéré de la mère patrie quelque affection spéciale aux zones brûlantes de notre globe.

M. le professeur DE BRUN a divisé son ouvrage en deux classes : 1° les maladies climatériques, comprenant le coup de chaleur, les fièvres climatériques des pays chauds et l'anémie tropicale; — 2° les maladies infectieuses : peste, fièvre jaune, choléra indien, fièvre dengue, béribéri, maladie du sommeil. Il contient, en outre, les renseignements sommaires que l'on possède sur une affection, probablement infectieuse, particulière au jeune âge dans les îles de l'Archipel hellénique, le *ponos*, ainsi que sur la fièvre typhique fluviale du Japon. Les pathologistes y trouvent l'exposé succinct et impartial des tentatives contemporaines de vaccination préventive de la fièvre jaune et du choléra et un diagnostic différentiel fort net de la fièvre dengue. L'ouvrage a pour appendice un index bibliographique fort complet.

L'ENDOCARDITE AIGUE, par le Dr V. HANOT, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. (Fin.) — G. Masson (1893).

Bouilland découvrit l'endocardite, il fit de cette inflammation de la séreuse du cœur, une entité morbide fondamentale, point de départ de la plupart des cardiopathies. Il devait en être de l'endocardite comme de beaucoup d'affections-types : la pneumonie, la pleurésie, etc. Constituées au début avec des caractères anatomo-pathologiques univoques, quasi invariables, une étiologie simpliste, elles donnaient l'illusion de véritables espèces morbides. Mais le plus souvent les choses ne semblent simples que parce qu'elles sont imparfaitement connues. L'analyse microscopique, puis la bactériologie, ont amené la dissociation de ces unités apparentes, il n'y a plus une endocardite, mais des endocardites. Il a été reconnu que la séreuse endocardiaque est un tissu réactif, très sensible aux auto-intoxications et aux infections, capable de devenir le théâtre d'actions microbiennes parfois compliquées. L'étude de ces phénomènes morbides d'observation récente, leur élucidation aux divers points de vue scientifiques et cliniques, tel a été le but de cet aide-mémoire, qui mettra le lecteur en possession d'un intéressant chapitre de doctrine et de pratique médicale selon les idées nouvelles.

FORMULAIRE

DU CASCARA SAGRADA COMME ANTHELMINTIQUE

M. Stephen recommande comme anthelmintique à action rapide la potion suivante :

a — Extrait fluide de cascara sagrada.......... 24 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères......... 100 —

Prendre chaque jour trois cuillerées à café (pour les enfants dose moitié moindre).

COURRIER

Les médecins dont les noms suivent ont été désignés comme devant faire partie du jury du prochain concours qui s'ouvrira le 15 mai pour trois places de médecins du Bureau central : MM. Potain, Dujardin-Beaumetz, Debove, Landouzy, Moizard, Chantemesse; le chirurgien est M. Desprez.

— Le président de la Société d'anthropologie de Paris est autorisé à accepter le legs que lui a fait le docteur Louis-Jules Fauvelle d'une rente annuelle de 667 francs en rentes 3 p. 100 sur l'Etat français pour constituer, tous les trois ans, un prix de 2,000 francs à titre de récompense ou d'encouragement à tout travail inédit, comme ouvrage spécial, sur la structure du système nerveux ou l'étude des manifestations de la force connue sous le nom d'influx nerveux. Ces travaux devront concourir au but que s'était proposé le docteur Fauvelle dans ses diverses communications à ladite Société.

La statut de Renaudot. — On vient de fixer la date à laquelle sera inaugurée la statue de Renaudot, le père du journalisme français. C'est le dimanche 4 juin que cette cérémonie aura lieu.

La statue, œuvre du statuaire Boucher, est en bronze. Elle représente le gazetier assis, écrivant sur un coin de table. L'artiste s'est inspiré, pour la physionomie et le costume, des portraits du temps.

— Voici un dentier comme en voit peu. Un dentiste d'Athens, Georgia E. U., possède une curiosité sous forme d'huître supportant des dents artificielles Les dents ont été perdues par quelqu'un à bord d'un navire, ou par un noyé. Les huîtres se sont formées autour des dents, et la formation est parfaite. Un bateau de draguage, près de Moreland City, trouva le coquillage avec les dents qui y était attachées. L'homme qui les trouva les vendit 20 dollars. L'Institut Smithsonian cherche à les acheter et en offre un bon prix. (*Dental Luminary.*)

Corps de santé de la marine et des colonies. — Le prix de médecine navale pour l'année 1892 a été décerné à M. le médecin principal Reynaud, du corps de santé des colonies, auteur d'un mémoire intitulé : *Armée coloniale au point de vue de l'hygiène pratique.*

M. le médecin de 1re classe de la marine N.-V. Hervé a obtenu une mention spécialement honorable pour son rapport médical sur la campagne du *Champlain*, dans la division navale de l'océan Pacifique, en 1891-1892.

Des témoignages de satisfaction sont accordés à MM. les médecins de 1re classe Gazeau et Mercié.

M. le médecin principal Ménard, du corps de santé des colonies, est désigné, sur sa demande, pour servir au Bénin, en remplacement de M. le docteur Rangé.

M. le médecin de 2e classe Le Marchadour, aide-major de l'artillerie de marine, ira servir aux batteries d'artillerie, au Tonkin, en remplacement de M. Dodart, décédé.

Chemin de fer d'Orléans. — *Fêtes de Jeanne d'Arc et Concours hippique à Orléans* (Mai 1893). — A l'occasion des Fêtes de Jeanne d'Arc et du Concours hippique qui auront lieu à Orléans, du 7 au 11 mai prochain, la Compagnie rendra valables, jusqu'aux derniers trains du jeudi 11 mai, les coupons retour des billets aller et retour à prix réduits qui, d'après son tarif spécial GV n° 2, auront été délivrés pour Orléans les samedis 6 dimanche 7 et lundi 8 mai, aux gares de Paris, Breuillet (*vià* Brétigny), Malesherbes, Beaune-la-Rolande, Montargis, Gien, Bourges (*vià* Vierzon ou *vià* Argent), Châteauroux, Mennetou-sur-Cher (*vià* Vierzon), Mur-de-Sologne (*vià* Blois) et Tours, ainsi qu'aux différentes stations comprises entre les divers points et Orléans.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

I

5 mai 1893.

On sait que la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 28 avril, s'est émue de ce qui s'était passé lors de la maladie du pauvre Lallemand, mort du typhus exanthématique. Par l'organe d'un de ses membres les plus autorisés, M. Bucquoy, chef de service de notre camarade décédé, elle a réclamé, pour les élèves atteints d'une maladie contagieuse, le traitement et l'isolement dans des conditions honorables.

La sollicitude du Directeur de l'Assistance publique avait déjà pris les devants, une lettre de M. Peyron, lue à ladite Société, assure des soins gratuits à la Maison Dubois pour les élèves de l'Assistance atteints de maladies non contagieuses et, pour ceux qui auront été contagionnés, l'admission dans les chambres payantes de l'hôpital d'Aubervilliers.

Avant de trouver le lit de la guérison ou de la mort, nos pauvres étudiants auront donc l'agrément de faire un joli petit voyage dans les régions suburbaines, et dans des voitures qui n'auront probablement pas des roues garnies de caoutchouc.

Voilà donc les pauvres élèves logés : mais les malades. — Ils encombrent les hôpitaux. A l'heure actuelle, il y a dans les salles 1,100 brancards, ce qui veut dire que les établissements hospitaliers renferment 1,100 malades de plus qu'ils ne doivent en contenir, et cela, au préjudice de l'hygiène et du traitement de ceux qui devraient y être seulement soignés. La nécessité de la création de nouveaux services de cliniques s'impose.

Et les malades non hospitalisables de par leur situation pécuniaire, comment va-t-on se comporter à leur égard, quand, dans quelques mois, va être rendue exécutoire la loi sur l'exercice de la médecine ? Va-t-on les saisir à domicile, et les placer de force dans un service de varioleux, de cholériques ou de typhique ? Jamais, dans ce cas, le médecin traitant ne consentira à établir un certificat exposant son client à de pareilles maléfices ; mais, d'un autre côté, dans notre capitale, reste-t-il une seule maison de santé payante dans laquelle un malade puisse s'isoler ? Nous ne le pensons pas. Recevrait-on un cholérique à la maison Dubois, *maison municipale* de santé ? Nous sommes autorisé à croire le contraire, puisqu'on vient de décider que les étudiants atteints de maladies contagieuses seraient transportés à Aubervillier s. Il faut donc de toute nécessité établir au plus vite, dans Paris, des services d'isolement où tout individu, moyennant rétribution, pourra trouver aide et assistance et sera soigné sans avoir le remords d'avoir communiqué le mal dont il était atteint à ceux qui l'entouraient.

REVUE GÉNÉRALE

La tachycardie essentielle paroxystique

La tachycardie essentielle paroxystique constitue une entité morbide caractérisée par des battements du cœur extrêmement fréquents survenant par crises. Aucune lésion anatomique ne peut expliquer les symptômes.

I

Quelques observations relatives à la tachycardie essentielle paroxystique avaient été publiées avant 1889, mais c'est Bouveret qui, le premier, reconnut qu'il s'agissait là d'une entité morbide nouvelle et décrivit cette variété de tachycardie d'une manière complète.

Depuis son mémoire, un certain nombre de travaux ont été publiés ; nous citerons particulièrement ceux de Sollier, Debove et Boulay, Talamon, Courtois-Suffit, Castaing et Janicot.

Debove a distingué dans l'accès de tachycardie trois périodes distinctes, une première de tachycardie simple, une deuxième de tachycardie avec asystolie et une troisième d'amélioration. La deuxième période manque, du reste, assez fréquemment.

Presque toujours l accès de tachycardie débute brusquement, sans cause apparente. Parfois il semble provoqué par une émotion, un traumatisme tel qu'un coup sur la tête, un écart de régime. Chez une malade de Bristowe, une hystérique, la crise s'annonçait par un impérieux besoin d'activité. Les causes déterminantes ont surtout de l'action dans la convalescence d'un accès, car le cœur reste quelque temps très irritable.

Dès le début, qui peut s'accompagner de perte de connaissance (Debove), le nombre des battements du cœur atteint 200 par minute, et quelquefois on a même signalé des chiffres de 250 et 300 pulsations qui, ainsi que fait remarquer Leflaive, semblent *a priori* bien difficiles à constater. Le nombre est généralement plus grand au début que plus tard. A l'auscultation, le cœur prend le rythme fœtal, c'est-à-dire que le grand silence disparaît et qu'il y a deux bruits nets, de même intensité et de même durée. Les battements peuvent être irréguliers sans qu'il y ait de lésion organique (Huchard). Dans quelques cas, on a signalé l'existence d'un souffle asystolique fugace à la pointe avec ou sans dédoublement du deuxième bruit; ces signes, du reste, étaient très passagers et on ne peut les regarder comme indiquant une lésion mitrale.

A la palpation, on constate que le choc du cœur est remplacé par une vibration rapide de la paroi parfois sensible à la vue et qui, dans un cas de Bouveret, était assez forte pour soulever la mamelle. Les battements sont à la fois plus rapides et plus énergiques.

La pression artérielle s'abaisse considérablement (Huchard).

Debove et Boulay ont beaucoup insisté sur cet abaissement de tension qu'ils regardent comme un signe de premier ordre, devant servir à établir une ligne de démarcation bien franche entre les tachycardies symptomatiques et celles que l'on appelle provisoirement essentielles. Le pouls devient souvent non seulement incomptable, mais imperceptible ; il est remplacé par une sorte de frémissement. Habituellement, quand on peut le compter, il ne transmet pas toutes les pulsations cardiaques. Chez une malade de Winternitz le pouls était monocrote pendant les crises et dicrote dans leur intervalle.

Après un temps dont la durée peut varier beaucoup, deux ou trois pulsations fortes et ralenties se produisent et l'accès est terminé. Souvent à ce moment le malade a une intense sensation d'angoisse.

Le plus généralement, la quantité de l'urine diminue surtout dans les accès de longue

durée. Plus tard il se produit de la polyurie. Fræntzel a vu cette dernière se prolonger pendant trois mois. L'albuminurie est fréquente et on constate souvent en même temps la présence de globules rouges et de cylindres hyalins. Il peut y avoir de l'azoture et Huchard, dans un cas, a noté de la glycosurie transitoire.

Les symptômes qui se produisent du côté du cœur et des reins peuvent être regardés comme essentiels, mais il y a aussi un certain nombre de symptômes accessoires sur lesquels il convient d'insister.

Pendant l'accès de tachycardie le malade devient pâle et, selon la remarque de Bouveret, cette pâleur survient subitement et s'étend à la peau et aux muqueuses; elle s'accompagne de cyanose et disparaît quand l'accès se prolonge. La cyanose qui s'accentue alors peu à peu s'accompagne de mouvements d'expansion des jugulaires, puis surviennent des phénomènes cérébraux dépendant soit de la stase veineuse, soit de la susceptibilité nerveuse spéciale des tachycardiques (Castaing). Les malades ont de l'inquiétude, sont portés à s'agiter; quelques-uns présentent de l'insomnie ou même du délire. Souvent le malade se plaint d'une contraction continue à la base du thorax ou au cou.

Souvent les battements cardiaques si rapides sont à peine sentis et, d'une façon générale, l'intensité des symptômes secondaires varie beaucoup selon les malades, de telle sorte qu'il en est qui s'aperçoivent à peine de leur accès.

A la fin de la crise, il se produit de la lassitude et de l'abattement.

Si l'accès dure longtemps, la dilatation du cœur apparaît et s'accompagne de phénomènes asystoliques. Pour Bouveret, la dilatation porte surtout sur les oreillettes car, à la percussion, on trouve que la matité s'étend surtout transversalement dans la partie supérieure de la région précordiale. La matité absolue peut dépasser à droite le bord droit du sternum et à gauche la ligne mamelonnaire. Les battements cardiaques se sentent sur une surface plus étendue que normalement. Une fois l'accès terminé, les dimensions du cœur reviennent parfois très rapidement à la normale (Pribram).

Dans l'accès dit simple par Bouveret, la respiration est très peu gênée et c'est à peine si l'on trouve quelques râles secs à l'auscultation. Il peut se produire de l'aphonie (Winternitz). Quand le cœur se dilate, le poumon s'engorge. On observe alors de la toux qui se produit par quintes, les crachats présentent des stries de sang, et quelquefois il y a des hémoptysies véritables. La dyspnée est alors la règle et survient fréquemment par accès. A l'auscultation on trouve des frottements et des râles divers, sibilants et sous-crépitants. Le foie augmente souvent de volume (Debove et Boulay); il en est de même de la rate et on voit apparaître de l'œdème des membres inférieurs, de l'ascite ou même de l'anasarque.

Les phénomènes asystoliques disparaissent complètement quand la crise se termine heureusement.

On signale encore, pendant l'accès de tachycardie, le rétrécissement de la pupille (Bruger, Debove et Boulay) ou sa dilatation (Tunker, Bressler). Bouveret a vu des malades se plaindre d'engourdissement du bras gauche, et dans un cas de Bristowe qui s'est terminé fatalement, il s'est produit des douleurs précordiales très vives. Quelques malades ont de la diarrhée et souvent il y a une poussée de sueurs abondantes à la fin de l'accès.

La température monte habituellement de 2 ou 3 degrés pendant les paroxysmes un peu longs ; cette élévation du thermomètre ne semble pas se rattacher à une inflammation d'un viscère quelconque; elle peut n'être que très légère dans des cas où il se produit des lésions considérables du côté du poumon (Sollier). Chez une malade de Debove, la fièvre persista pendant toute la durée de l'accès et continua pendant quelques jours après la cessation du paroxysme. Ce serait une fièvre nerveuse et elle est très

variable dans son intensité. Au lieu de fièvre, il peut y avoir hypothermie. C'est ainsi que, dans une observation de Fraentzel, la température oscillait entre 36°5 et 36°7.

Bouveret a décrit deux types distincts de tachycardie suivant que les accès sont courts ou longs. Les premiers durent de quelques minutes à quatre ou cinq jours, les seconds plusieurs semaines et même plusieurs mois et entraînent l'asystolie. Cependant, il n'y a guère lieu d'admettre deux catégories d'accès; car, même dans les accès courts, l'asystolie peut se produire et, d'autre part, cette dernière n'accompagne pas forcément un accès très long.

Le plus ordinairement les premiers accès sont bénins et les suivants de plus en plus graves; il n'y a pas non plus de règle, car l'asystolie accompagne parfois la première crise.

La mort peut survenir par syncope (Bristowe, Bouveret), mais souvent aussi elle est la conséquence de l'insufisance cardiaque.

Si, comme nous l'avons dit, les phénomènes asystoliques peuvent disparaître très vite, le plus généralement cette disparition demande quelques jours. Il faut du reste remarquer que l'accès est fréquemment suivi d'une faiblesse générale qui dure jusqu'à plusieurs semaines.

Le malade reste toujours sous le coup de nouveaux accès. L'intervalle entre les accès est du reste très variable et peut attendre plusieurs années (Nothnagel, Huchard) pendant lesquelles il y a simplement une grande excitabilité.

On a dit que l'accès de tachycardie paroxystique pouvait survenir chez un sujet atteint d'une lésion cardiaque quelconque, mais alors comment distinguer la tachycardie de la tachycardie symptomatique.

Il convient de dire un mot de la tachycardie essentielle *continue* dont J.-C. Janicot admet l'existence d'après une seule observation.

Dans son cas, la tachycardie avait débuté à la suite d'un traumatisme (épanchement sanguin dans la cuisse); elle dura trois mois en s'accompagnant de dyspnée et sans que le chiffre des battements du cœur dépassât 180 comme maximum. La pression sanguine était très abaissée et les battements arythmiques. Il n'y avait ni hypertrophie ni dilatation cardiaque, aucun bruit de souffle, pas de rhumatisme dans les antécédents, mais une variole. La malade se plaignait surtout d'anhélation, d'oppression, de constriction à la base du thorax. L'apyrexie était complète et il était impossible de constater de signe d'une affection organique quelconque. Au bout de trois mois, des phénomènes asystoliques apparurent et la patiente finit par succomber dans le collapsus cardiaque après cinq mois de maladie. Il n'y eut pas d'autopsie.

Ce cas est, jusqu'ici, unique dans la science, et il faut attendre d'autres faits avant d'admettre comme entité morbide la tachycardie essentielle continue.

Il faut naturellement distinguer la tachycardie essentielle paroxystique de toutes les tachycardies symptomatiques, ce à quoi on ne peut arriver qu'en recherchant minutieusement toutes les causes des premières. D'une façon générale, dans les tachycardies par compression, l'accélération du rythme tend à devenir continue et les accès disparaissent assez rapidement.

L'abaissement de la tension artérielle fait défaut dans le goitre exophtalmique et dans la dernière période de la paralysie labio-glosso-laryngée. Dans la première de ces maladies, le pouls est accéléré dans l'intervalle des accès et il reste toujours perceptible à la radiale même pendant les crises.

Les palpitations s'accompagnent de douleurs et sont habituellement conscientes; il y a des intermittences, de l'arythmie.

Dans les accès de tachycardie très intenses, il y a quelquefois des douleurs rappelant

celles de l'angine de poitrine, mais, dans cette maladie, les douleurs sont bien plus fortes et le pouls ne bat jamais aussi vite.

Peut-il y avoir des formes frustes? Il est difficile de l'admettre et, quand un des trois grands symptômes fait défaut, on peut dire, avec Castaing, que l'on n'a pas le droit de poser le diagnostic de tachycardie paroxystique.

II

L'étiologie de la tachycardie paroxystique est fort peu connue.

La maladie apparaît le plus généralement entre 20 et 40 ans. Fréquemment, les malades ont eu des accès de palpitations dans leur jeunesse.

Faisans a eu occasion de recueillir l'observation d'une famille dans laquelle la mère, la fille (et peut-être un fils mort subitement) étaient atteints de tachycardie paroxystique.

Les malades ont présenté des antécédents morbides très variés.

Bouveret a vu la tachycardie apparaître à la suite d'un empoisonnement par la belladone, et Talamon a soigné un épileptique qui en était atteint.

Un grand nombre d'auteurs ont rattaché la maladie à une affection des nerfs du cœur. Les uns ont admis une parésie du pneumogastrique, les autres une excitation du sympathique ; enfin, il en est qui ont cru devoir incriminer l'état des ganglions intracardiaques, dont les fonctions sont cependant loin d'être définitivement établies.

Les rares autopsies qui ont pu être faites sont restées négatives quant aux lésions du système nerveux (Winternitz, Bristowe) et on a été conduit rapidement à penser qu'il s'agissait d'une névrose.

Freyhan se rattache à l'hypothèse d'une torpeur momentanée des centres d'arrêt, qui agissent sur le cœur par l'intermédiaire du nerf vague.

Pour Bouveret, la tachycardie essentielle paroxystique serait une névrose localisée au centre de la dixième paire ; mais cette localisation n'explique pas la chute de la pression artérielle.

Aussi nous semble-t-il préférable d'admettre la conception de Debove, qui regarde la maladie comme une névrose bulbaire ou bulbo-spinale. Il serait ainsi possible d'expliquer la plupart des symptômes essentiels ou accessoires.

Le pronostic de la tachycardie a d'abord été regardé comme très grave, car, sur 11 observations qu'il avait recueillies, Bouveret n'avait constaté qu'un cas de guérison réelle.

En réalité, on peut observer plus souvent la guérison ; la maladie peut, du reste, se prolonger longtemps sans entraîner la mort. Elle durait depuis 25 ans dans un cas de Huchard, et un malade de Charcot, tachycardique, est mort à 80 ans de tout autre chose.

Le traitement de l'accès est purement symptomatique. Pendant sa durée, on conseillera le repos, avec décubitus sur le côté droit, la tête étant très basse (Huchard). Dans un cas de Nothnagel, le malade pouvait arrêter lui-même ses accès en faisant de profondes inspirations ; Weidner a obtenu le même résultat par la compression de la dixième paire. Rosenfeld a vu plusieurs fois l'immobilisation volontaire du diaphragme en inspiration forcée, en même temps que la pression du thorax à l'aide des coudes, abréger l'accès.

On s'est, dans quelques cas, bien trouvé du stypage de la région précordiale ou même de la nuque. En cas de dilatation cardiaque considérable, on pourrait, selon le conseil d'Huchard, appliquer des ventouses scarifiées à la région précordiale. L'emploi des sangsues a permis à Bouveret d'obtenir une amélioration temporaire dans le cours d'un

accès. Schott recommande le massage par tapotements. Le valérianate d'ammoniaque a réussi chez un malade de Faisans. La morphine n'agit qu'en supprimant les sensations perçues par le malade.

En Angleterre, on emploie surtout le phosphore, le nitrite d'amyle contre la toux et la dyspnée. Contre l'abaissement de la tension artérielle, on pourra recourir au sulfate de quinine, à l'ergot de seigle et à la caféine.

DOUZIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

TENU A WIESBADEN

Le choléra

C'est M. RUMPF (de Hambourg) qui a pris le premier la parole sur la question du choléra et a exposé les faits les plus récemment recueillis dans un rapport d'ensemble. Nous n'insisterons que sur les points nouveaux ou intéressants.

Un certain nombre de malades observés à Hambourg, après avoir résisté aux premières atteintes de la maladie, voyaient lenr situation s'améliorer, mais il persistait un tel état d'épuisement que bientôt il survenait du délire, puis le coma s'établissait et était rapidement suivi de mort.

Chez les malades qui moururent dans les six premiers jours, on trouva constamment le bacille virgule accompagné, parfois, d'une quantité considérable d'autres microbes. Dans 120 cas, l'autopsie fut pratiquée après le sixième jour et le bacille virgule fut trouvé 49 fois ; on l'a découvert 1 fois le dix-huitième jour.

Même dans des cas où les selles renferment le bacille virgule, les accidents peuvent être réellement insignifiants et tout se borne alors à une diarrhée légère ; le bacille typique semble même pouvoir exister dans des fèces non diarrhéiques. Ceci tendrait à prouver une fois de plus qu'une personne saine peut transporter et disséminer la maladie.

Dans le plus grand nombre des cas, la durée de l'incubation est de un jour ; mais, quelquefois, elle se prolonge davantage. Chez des malades qui furent atteints en hiver, la recherche du bacille virgule, poursuivie avec le plus grand soin, demeura infructueuse. Au début et à la fin des épidémies, il semble qu'il y ait moins de bacilles dans l'intestin, car on ne peut les déceler qu'après plus de temps, tandis que, lorsque l'épidémie est à son maximum, il suffit de vingt-quatre heures pour obtenir des cultures probantes. Il peut arriver que les bacilles disparaissent momentanément des selles pour reparaître ensuite.

Fréquemment, le choléra est suivi d'une diarrhée persistante qui peut se prolonger pendant deux et trois semaines sans qu'il soit possible alors de trouver des bacilles. Le pronostic de ces cas n'est que rarement grave, bien que, le plus souvent, il existe alors des lésions anatomiques profondes de l'intestin.

Il peut survenir un exanthème roséolique pendant le stade de réaction, qui s'accompagne parfois de mégalo-splénie. Le plus souvent, la fièvre de réaction n'indique pas un état grave, mais il n'en est pas de même si la somnolence survient, s'il y a du coma avec abaissement de la température; la terminaison est alors fatale dans la plupart des cas.

Il est certain que, chez beaucoup de malades, les accidents comateux relèvent de lésions des reins, que l'existence de l'albuminurie et de l'anurie rend évidentes. Mais ces altérations de la fonction urinaire manquent cependant souvent dans des cas de coma mortel et, d'autre part, une anurie prolongée durant douze jours et plus n'est pas forcé-

ment suivie de mort. Du reste, on n'a pas remarqué que le pronostic ait été beaucoup meilleur chez les malades qui rendaient une quantité abondante d'urine.

L'albuminurie est un symptôme habituel de la maladie, car la néphrite cholérique est très fréquente. Macroscopiquement, on ne constate guère qu'une coloration rouge foncé du rein; cette coloration s'atténue peu à peu dans la substance corticale, mais elle persiste et s'accentue dans la substance médullaire. Les lésions microscopiques consistent en une dégénérescence de l'épithélium des tubes contournés dont les cellules se confondent les unes avec les autres; la nécrose nucléaire semble assez rare; habituellement, il se produit une grande quantité de cylindres hyalins et épithéliaux. Ce n'est que vers la troisième semaine de la maladie que les lésions commencent à diminuer.

M. Rumpf rattache les altérations du rein à l'action des toxines, car elles sont très précoces et on peut les constater à un moment où la soustraction d'eau n'est pas encore considérable. Il s'agit là d'altérations analogues à celles qui existent dans la fièvre typhoïde.

Consécutivement au choléra, on observe encore de la neurasthénie, des psychoses qui cèdent généralement assez rapidement.

M. Rumpf insiste sur ce fait que, puisque des bacilles vivants peuvent traverser le tube digestif sans entraîner d'accidents, l'intégrité de l'intestin a une grande importance.

L'opium n'a pas donné de bons résultats au moment où l'épidémie était dans toute sa force; c'est sous la forme d'injections sous-cutanées d'extrait qu'il a semblé surtout être utile. L'antisepsie intestinale s'est montrée inefficace et l'entéroclyse au tanin préconisée par Cantani, n'a eu d'effet que dans les cas bénins par eux-mêmes. Les injections de sérum d'individus guéris du choléra n'ont rien donné.

Les injections intra-veineuses d'eau salée à 35 ou 36° ont d'abord des effets rapides et les malades semblent renaître, mais ensuite ils présentent de nouveau les symptômes graves habituels; 24 p. 100 à peu près des malades injectés ont guéri, et ce chiffre n'a rien de démonstratif.

Les bains chauds dans lesquels on verse une solution savonneuse ont une action excitante des plus nettes.

Le calomel a semblé donner de bons résultats; peut-être agit-il directement sur le bacille. On peut en donner de 0,03 à 0,05 trois à quatre fois par jour en y ajoutant de l'opium ou de la cocaïne s'il survient des vomissements.

Quelques essais ont été faits avec l'anticholérine de Klebs; ils ont été poursuivis sur des cas graves, de telle sorte qu'ils ont échoué souvent; il est certain que l'anticholérine élève la température et le pouls.

En résumé, il est bien établi que si le bacille virgule est le facteur du choléra asiatique, il peut exister dans l'intestin de personnes saines, et que le choléra ne se développe que sous l'influence d'une prédisposition individuelle consistant essentiellement dans des troubles de l'appareil digestif, quelle qu'en soit la cause.

Dans la discussion qui a suivi la lecture du rapport de Rumpf, nous signalerons l'opinion de M. Furbringer, qui faisait remarquer que le nombre des cas de choléra nostras augmente beaucoup avant ou pendant les épidémies de choléra asiatique, preuve que l'on doit rapprocher jusqu'à un certain point les deux maladies; il est probable que c'est un état pathologique de l'estomac qui permet le développement de l'une et de l'autre. Pour M. Gaffky, le fonctionnement de l'estomac a aussi une grande importance et l'ingestion de grandes quantités d'eau est nuisible à ce point de vue.

Pour M. Klemperer, on peut avec le sérum sanguin de cholérique guéris conférer une immunité qui tend peu à peu à disparaître, et certaines personnes n'ayant pas eu le choléra ont cependant un sérum immunisateur.

Le traitement de la diathèse urique

Les recherches les plus récentes ont montré que c'était surtout la nucléine qui donnait naissance, par sa destruction, à l'acide urique ; aussi M. Mendelsohn propose-t-il, dans la diathèse urique, de prescrire, dans une certaine mesure, l'alimentation carnée, afin de permettre aux cellules de se refaire.

Une fois l'acide urique déposé dans l'économie, on peut essayer de le dissoudre. Jusqu'à présent, les résultats obtenus dans cette voie sont peu encourageants et il est facile de le comprendre. En effet, dans les concrétions urinaires, par exemple, on trouve une sorte de pétrification de substances organiques, de telle sorte que l'acide urique est loin d'exister seul dans ces calculs. L'urine rend inefficace les substances dissolvantes introduites directement dans la vessie, enfin celles qui sont prises par la bouche sont pour la plupart décomposées dans leur passage à travers l'organisme.

La médication hydrominérale est des plus efficace dans la diathèse urique ; elle dilue l'urine et favorise la dissolution de l'acide. Il faut continuer longtemps l'usage des eaux minérales, qui sont préférables aux médicaments dont l'action sur l'estomac est souvent nuisible. Un sel complexe nouveau, l'uricédine, a pour effet, de rendre l'urine alcaline et, par conséquent, bien plus capable de se charger d'acide urique ; il n'est pas irritant pour l'estomac, dont il ne sature pas l'acide chlorhydrique.

La dilution de l'urine a la plus grande importance, car, plus ce liquide est étendu plus il dissout d'acide urique ; il faut donc donner de grande quantités d'eau minérale afin, de plus, d'entraîner mécaniquement les petites concrétions et de combattre l'état catarrhal des voies urinaires qui précède le développement des calculs. Lorsque l'on donne un médicament, il faut toujours recommander au malade d'absorber beaucoup d'eau, dont l'effet est encore de diminuer l'acidité urinaire. S'il n'y a pas de catarrhe, il n'y aurait que peu d'inconvénients, d'après M. Mendelsohn, à rendre l'urine temporairement alcaline.

M. Von Mering a au contraire fait des expériences qui lui ont prouvé que l'alcalinité de l'urine favorise, sinon la production, au moins l'accroissement des calculs. Pour lui, les goutteux doivent manger de la viande et c'est aussi l'avis de M. Pfeiffer.

Enfin, revenant sur le rôle de l'alcalinisation de l'organisme, M. Rosenfeld, qui a recueilli ses observations sur des malades tandis que M. Von Mering a expérimenté sur des animaux sains, montre que la formation de l'acide urique est diminuée par l'usage des alcalins.

(A suivre).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1893. — Présidence de M. Périer.

Guérison d'une fistule uretéro-vaginale par abouchement de l'uretère dans le côlon

C'est sur une observation curieuse, comme on le voit, de M. Chaput que M. Bazy fait un rapport et discute la question. L'étiologie de la fistule est bien simple, elle provient d'une hystérectomie vaginale et n'a pu être guérie par une autoplastie. On songe à la néphrectomie, qui est repoussée, pour tenter l'abouchement de l'uretère dans le côlon.

Ce canal urinaire fut un peu difficile à trouver, quoique dilaté, et la suture à deux plans fut facile et permit d'aboucher hermétiquement l'uretère à la face postérieure et gauche du côlon. Une mèche iodoformée fut prudemment placée pour éviter l'infection et les adhérences de l'uretère du bassin, qui auraient tiraillé les sutures.

M. Bazy, cette observation retracée, étudie les conditions d'infection possible du rein par les microbes provenant de l'intestin; mais l'intestin et l'uretère n'étaient pas infectés chez le malade de M. Chaput; on peut donc rejeter la pyélite. Le rapporteur se demande ensuite, après avoir montré les incommodités de l'écoulement de l'urine dans le côlon, s'il n'eût pas été préférable d'aboucher l'uretère dans la vessie, la néphrectomie ayant été, à bon droit, écartée, et il étudie les procédés qui peuvent être mis en usage dans pareille circonstance. Il faut d'abord que l'uretère soit assez long, c'est-à-dire la fistule près de sa terminaison; c'était le cas dans une perforation à la suite de l'ablation de l'utérus, car cette perforation siège au niveau du passage de l'uretère vis-à-vis du cul-de-sac latéral. Ceci fait, il existe deux méthodes : faire la taille hypogastrique, cathétériser l'uretère et, s'il est perméable, le suturer à la vessie même, ce qui est facile; si la perméabilité n'est pas prouvée, refermer la vessie et aller chercher l'uretère à sa place; on l'y trouve et on l'abouche dans la vessie par un procédé analogue à celui employé pour l'abouchement dans le rectum.

M. Bazy a eu l'occasion d'employer la première manière de faire avec M. Périer et s'en est bien trouvé. On pourrait, du reste, avoir recours à cette méthode chez le malade de M. Chaput, si le résultat de la première intervention n'était pas satisfaisant; ce qui n'est pas, car des nouvelles toutes fraîches prouvent l'excellent état de cet opéré.

M. Routier, après une hystérectomie, a eu aussi une fistule uretéro-vaginale, et il put diagnostiquer l'uretère atteint à cause de la présence d'un rein mobile avec hydronéphrose intermittente qui permettait, par la compression et la réduction de l'organe, de déterminer un flot de liquide par l'orifice accidentellement formé. L'autoplastie ne réussit pas à fermer la fistule, et, après avoir songé à pratiquer l'abouchement dans l'intestin, il se décida à faire la néphrectomie. Bien lui en prit, car le rein était malade; on y rencontra trois infarctus.

Exophthalmos pulsatile

C'est avec M. Despagnette que M. Picqué a observé une malade âgée de 60 ans, sur laquelle un fiacre passa et qui, de ce fait, eut une fracture de la base du crâne. Les hémorrhagies par le nez et les oreilles durèrent 3 à 4 jours, et à ce moment se montrèrent de la prostration, un peu de fièvre et un bruit assourdissant comparé à celui de la scie siégeant à gauche et au-dessus de l'orbite. Puis la projection de l'œil en dehors se produisit avec affaiblissement des perceptions lumineuses et vu l'absence du souffle, on pensa à un phlegmon de l'orbite (infection provenant du nez par l'ethmoïde brisé). Les douleurs augmentant, on pratiqua une ponction rouge dans le sillon oculo palpébral. Enfin, plus d'un mois après, les pulsations se montrèrent avec présence du thrill et le diagnostic fut posé. M. Picqué, alors appelé, rejeta la ligature de la carotide à cause de la faiblesse de la malade, et appliqua la compression directe qui améliora la situation et détermina ultérieurement la guérison.

On connaît aujourd'hui, absolument, ajoute M. Picqué, la pathogénie de l'exophthalmos traumatique qui n'est autre qu'un anévrisme artériosoveineux de la carotide interne avec le sinus caverneux causé par une fracture de la base. Ce qu'il y a de particulier dans cette nouvelle observation, c'est que, comme cela se voit dans un des premiers faits de Nélaton, l'exophthalmos siégeait du côté opposé au choc et à la fracture. Enfin, il

faut noter aussi l'atrophie de la papille reconnue dans 27 des observations consignées dans la science.

M. Gayet (de Lyon) relate aussi un cas curieux. C'était un homme qui avait reçu un seau rempli d'eau sur la joue et qui entra immédiatement à l'hôpital. Il put alors suivre 'évolution de la maladie et vit l'exophthalmos se former, devenir pulsatile, le souffle se montrer, les veines augmenter de volume et le thrill apparaître, thrill perçu par l'oreille appliquée sur les parois du corps jusqu'à la partie inférieure de la colonne vertébrale. La compression de la carotide du côté malade fut d'abord employée, mais sans grands résultats, et on allait pratiquer la ligature quand les symptômes s'amendèrent et la guérison se produisit; elle s'est maintenue depuis.

M. Gayet a eu soin de faire tatouer le diagnostic sur l'épaule de son malade, afin que l'autopsie pût être pratiquée avec soin par le médecin qui donnera les derniers soins à ce patient.

Un autre fait d'exophthalmos spontané avec souffle sans exagération des veines ne permit pas à M. Tripier qui fit l'autopsie, de retrouver la moindre lésion soit du sinus, soit de la carotide.

Œsophagotomie externe

On se souvient de l'observation lue tout dernièrement par M. Cahier. Il s'agissait d'une pièce de dentier de deux incisives sur laquelle on s'acharna pour l'extraire par les voies naturelles, et qui put être retirée par ce chirurgien à l'aide d'une œsophagotomie externe; mais le malade mourut de périœsophagite due aux lésions de l'œsophage faites dans les tentatives d'extraction. A l'autopsie, on trouva, en effet, des déchirures multiples, de l'infiltration purulente et un épanchement purulent de la plèvre droite.

M. Chauvel, qui fait un rapport sur ce cas, met en relief les dangers des tentatives répétées et propose comme thérapeutique dans les faits de ce genre la règle suivante: « Quand un corps étranger est fixé, les tentatives par les voies naturelles ne sont permises que lorsqu'elles sont prudemment exécutées; elles ne doivent jamais être reprises et dans le cas d'échec l'œsophagatomie externe doit être immédiatement pratiquée. »

Comme procédé opératoire, M. Chauvel fait ressortir les difficultés qu'il y a à reconnaître l'œsophage et conseille de se porter sur la trachée. Si une sonde est nécessaire, ne pas se servir d'un instrument rigide, mais d'une sonde œsophagienne, terminée par une boule.

— A la fin de la séance, M. Quénu présente un opéré de polype nase-pharyngien, cette tumeur a été enlevée par la voie palatine et par l'extirpation complète en une deuxième séance. Ce fibrome était télangiectasique, par conséquent bénin, et, dans ces cas, la voie palatine, qui fait le moins de délabrements, est la meilleure; quand on a affaire à un sarcome, c'est la voie maxillaire qu'il faut prendre.

Eugène Rochard.

BIBLIOTHÈQUE

Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, par Samuel Bernheim. Edité par la Société d'éditions scientifiques, Paris, 1893.

La découverte du bacille de Koch, en jetant une merveilleuse clarté sur tant de chapitres de l'histoire de la phtisie pulmonaire, restés longtemps obscurs et incompréhensibles, rend à l'heure actuelle singulièrement attrayante la lecture de tout nouveau livre sur la tuberculose pulmonaire. Elle justifie l'abondante production de livres didactiques, nouveaux ou rajeunis, qui ont paru depuis quelque temps sur la phtisie pulmonaire.

Samuel Bernheim a compris que le moment était venu d'exposer les progrès réalisés dans l'étude de la phtisie, grâce aux magnifiques travaux de Villemin et de Koch.

Les pages les plus intéressantes de son *Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire* sont consacrées à l'étude du bacille tuberculeux, à l'étiologie de la phtisie, à la pathogénie et à l'évolution du tubercule, aux différents modes de réaction de l'organisme contre l'invasion bacillaire, aux questions, en un mot, soulevées et résolues par les bactériologistes et les hygiénistes.

La partie clinique du traité de Bernheim répond aux descriptions données par les classiques. Il devait en être ainsi, car la symptomatologie de la tuberculose pulmomaire a été fixée d'une manière définitive par les admirables descriptions de Laënnec, de Louis et d'Empis. Les observations de ces maîtres ont été vérifiées par le temps. Elles n'ont pas été modifiées.

Les chapitres consacrés à la thérapeutique nous donnent l'énumération de toutes les médications et de tous les médicaments, dans lesquels on a cru trouver pendant quelque temps le remède souverain. Nous voyons rappeler les traitements de la tuberculose par les lavements gazeux, par l'acide fluorhydrique, par le cantharidate de potasse, par l'ozone, par l'air surchauffé, etc., etc., et nous arrivons avec l'auteur à cette conclusion que : de tous les traitements essayés, il ne se dégage aucune méthode qui s'impose à l'exclusion de toutes les autres. L'hygiène générale, la suralimentation, la vie au grand air dans un climat approprié restent la base du traitement de la tuberculose pulmonaire. La créosote (ingérée par l'estomac, inhalée par les voies respiratoires ou injectée sous la peau) nous paraît toujours le médicament qui donne les meilleurs résultats.

Bernheim (et nous sommes de son avis) ne croit pas pouvoir préconiser les injections séquardiennes. Il croit à l'efficacité des transfusions de sang de chèvre. Sans chercher à refaire le procès de la méthode, qui nous paraît cependant très dangereuse dans des mains inexpérimentées, nous ferons remarquer que Berneim reconnaît avec une parfaite bonne foi que les transfusions de sang de chèvre ne donnent aucun résultat chez les tuberculeux au troisième degré. Au deuxième degré, elles ralentissent seulement la marche de la tuberculose. Ce n'est que chez des tuberculeux au premier degré, et dans cinq cas seulement, que les résultats ont été excellents. Nous avons vu guérir assez de tuberculeux au premier degré, traités par les moyens les plus simples, pour être d'avis qu'il n'y a pas lieu d'exposer les malades aux risques d'une transfusion sanguine, fût-elle de sang de chèvre.

En plus d'autres qualités, le livre de Bernheim se recommande par sa grande clarté. Il est d'une lecture facile et agréable; il sera consulté avec fruit par les médecins qui voudront se tenir au courant des progrès réalisés dans l'étude de la phtisie pulmonaire.

Richardière.

COURRIER

Clinique médicale de l'hôpital Necker. — M. Dejerine, agrégé, chargé de cours et suppléant M. Peter, a commencé le cours de clinique médicale le mercredi 3 mai 1893, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Kœrœsi, directeur du bureau de statistique de la ville de Budapest, a fondé un prix de 1,500 francs qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le but et le progrès de la démographie. L'auteur devra préciser la tâche scientifique de la démographie, faire la critique des différentes théories régnantes et des plus importants travaux faits dans les principaux pays de l'Europe et des Etats-Unis d'Amérique pendant les cinquante dernières années. L'auteur aura donc à mettre en relief principalement le développement des recensements et les progrès de la statistique de natalité et de mortalité, en établissant où, quand et par qui ces branches de la science démographique ont été perfectionnées.

L'ouvrage peut être rédigé en langue allemande, anglaise, française, italienne. Il doit être envoyé, sans aucune indication pouvant révéler le nom de l'auteur, avant le 1er mars 1894, à M, Joseph Kœrœsi, à Budapest. L'auteur mettra son nom dans une enveloppe cachetée, qu'il joindra à l'envoi de son mémoire.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 avril 1893, sont délégués à l'ex position internationale de Chicago, en qualité de membres français du jury international des récompenses de l'exposition colombienne :

Section H. — M. Haller, membre correspondant de l'Institut, et M. Adrian (Louis), fabricant de produits chimiques.

Section L. — M. le docteur Marcel Baudoin et M. Mathieu (Raoul), fabricants d'instruments de chirurgie.

Nécrologie. — MM. les docteurs Nogier (d'Amance), Normant (de Thourotte) et Védrine (de Versailles).

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine au 1er mai :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Geoffroy; 3. Mathis; 4. Duchateau; 5. Bertrand; 6. Dupont; 7. Laugier; 8. de Formel; 9. Talairach;

Médecins principaux : MM. 1. Frison; 2. Barre; 3. Miquel; 4. Maget; 5. Léo; 6. Vantalon; 7. Canoville; 8. Dollieule; 9. Siciliano; 10. Ed. Roux; 11. Cantellauve; 12. Riche; 13. Bodet;

Médecins de 2e classe: MM. 1. Renault; 2. Cairon; 3. Ono dit Biot; 4. Vergues; 5. Houdart; 6. Collin; 7. Branzon-Bourgogne; 8. Caire; 9. W. Borius; 10. Titi; 11. Roux-Freissineng; 12. Martenot; 13. Guy; 14. Bonnescuelle de Lespinois;

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe 1. Tréguier; 2. Castagné; 3. Plouzané; 4. Daliot; 5. A. Reynaud; 6. Clavel;

MM. les médecins de 2e classe 1. Guilland; 2. Salaun; 3. Lorin; 4. Bonnefoy; 5. Berriat; 6. Doublet; 7. Gombaud; 8. Condé.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

*Les ateliers étant fermés le jour de l'Ascension, l'*UNION MÉDICALE *ne paraîtra pas jeudi.*

Sommaire

HYGIÈNE

LA DÉSINFECTION SANITAIRE (SUITE)

La désinfection, comme je l'ai dit dans mon précédent article (1), s'adresse aux personnes, aux objets et aux locaux.

Désinfection des personnes. — Elle s'applique aux malades, aux personnes qui les soignent, à celles qui manipulent les objets contaminés et, enfin, aux cadavres.

Pendant le cours d'une maladie infectieuse, la plus rigoureuse propreté est indispensable; c'est même, comme on le sait, un des éléments de la guérison; mais elle ne suffit pas pour protéger l'entourage; il est nécessaire d'y joindre la désinfection. Il faut, aussitôt que l'état du malade le permet, procéder à des lavages répétés et minutieux des parties du corps souillées par les déjections, de celles où la présence de replis cutanés, l'abondance des poils rendent l'accumulation des germes plus facile. La solution d'acide borique à 4 grammes pour 100 et celles de sublimé au 2,000e conviennent mieux pour cela que les préparations d'acide phénique, parce qu'elles sont sans odeur. Lorsque le malade est en convalescence, il se lave lui-même au savon, procède à des lotions antiseptiques minutieuses et ne doit rentrer dans la vie commune qu'après avoir pris un grand bain savonneux et mis des vêtements vierges ou convenablement désinfectés.

Pendant le cours de la maladie, les déjections (matières vomies, selles, urines, crachats) doivent être immédiatement mélangées soit avec la solution phéniquée forte, soit avec celle de sulfate de cuivre à 50 grammes par litre. Les selles fraîches peuvent être également désinfectées à l'aide du lait de chaux. Dans les deux cas, il faut environ 20 grammes du désinfectant par litre de matières. Un quart d'heure après, on peut jeter les matières dans les fosses d'aisances. Les vases sont lavés à l'eau bouillante additionnée de 25 grammes de carbonate de soude par litre.

Les linges des malades, leurs draps de lit, taies d'oreiller, etc., etc., doivent être, aussitôt qu'on les leur a enlevés, plongés dans un récipient renfermant la solution forte d'acide phénique ou de sublimé, et portés à la buanderie après douze heures d'immersion. Les vêtements de laine, les couvertures sont envoyés à l'étuve.

(1) Voir *Union* du 27 avril 1893.

Les objets de toilette doivent être également désinfectés. Les brosses et les peignes sont dégraissés avec une solution de soude ou de potasse et plongés dans la solution forte de sublimé tiède pendant deux heures. Les éponges et les brosses à dents, après avoir été lavées à l'eau chaude, sont plongées dans la solution forte de sublimé et y séjournent vingt-quatre heures. L'eau bouillante suffit pour les ciseaux et les rasoirs. Les objets de toilette, après désinfection, doivent sécher à l'air libre.

Les personnes qui entourent les malades, comme celles qui manipulent leurs vêtements, sont astreintes aux mêmes soins de propreté et ne doivent rentrer dans la vie commune, être admises à la *libre pratique*, comme on disait autrefois, qu'après avoir pris un bain savonneux et changé de vêtements. Ceux qu'ils revêtent doivent avoir été tenus soigneusement à l'écart de la chambre du malade et désinfectés au besoin.

Lorsque la maladie se termine par la mort, le corps doit être mis en bière aussitôt que le décès a été légalement constaté, et à l'heure fixée par le médecin. On commence par laver le cadavre avec la solution faible de sublimé; on en imbibe également son suaire; puis on le place dans la bière, en l'entourant d'une poudre absorbante (c'est habituellement de la sciure de bois). Le matériel des pompes funèbres devrait être également désinfecté après chaque cérémonie.

Désinfection des objets. — Les vêtements de laine, la literie, les tapis, les tentures, tout ce qui peut s'enlever et n'est pas susceptible de passer à la lessive, doit être porté aux étuves à désinfection dont nous avons parlé dans l'article précédent. L'action de la vapeur à la température de 112 à 115°, prolongée pendant un quart d'heure, ainsi qu'on le fait dans les étuves municipales, n'altère ni la texture ni la couleur des étoffes. On peut voir, à la station de la rue des Récollets, une collection d'étoffes de laine et de soie qui ont subi cette opération sans que leurs couleurs délicates aient rien perdu de leur éclat. Levison (de Copenhague) a expérimenté les étoffes les plus diverses, au point de vue de leur résistance à l'action de la vapeur, en les soumettant ensuite au dynamomètre. Il a constaté que toutes les étoffes, après dix passages à l'étuve, avaient conservé toutes les qualités requises pour faire un excellent usage. Il a dressé le tableau du degré de résistance de chacune d'elles (1). Les fourrures, les pelleteries, les objets en caoutchouc ne supportent pas la température des étuves; il faut les désinfecter au pulvérisateur ou par des lotions antiseptiques comme les objets de mobilier qui ne sont pas transportables.

Les étuves à vapeur sous pression ne sont pas encore très répandues en France; il n'y a encore que 68 établissements hospitaliers qui en soient pourvus. La préfecture de la Seine en possède trois dans Paris : la première, rue du Château-des-Rentiers, 71; la seconde, rue des Récollets, 6; la troisième, rue de Chaligny, 21. Ces trois stations possèdent chacune deux étuves à vapeur sous pression et tout le matériel nécessaire à la désinfection à domicile. Dans quelques mois, deux établissements semblables vont s'ouvrir.

Dans la banlieue, la désinfection est assurée par 13 étuves mobiles. Il y

(1) Voyez E. Richard : *Précis d'hygiène appliquée*, Paris, 1891, p. 405.

en a 2 à Charenton, 2 à Saint-Denis et 1 dans chacune des communes suivantes : Sceaux, Villejuif, Vincennes, Courbevoie, Neuilly, Pantin, Clichy, Saint-Ouen et Aubervilliers. Des équipes de désinfecteurs convenablement exercés y sont attachées (1). La statistique des opérations pratiquées jusqu'ici donne la mesure de l'importance que ce service a acquise en quatre ans. De 78 qui ont eu lieu en 1889, elles se sont élevées à 18,464 en 1892. Pendant le premier trimestre de 1893, il y en a eu 6,607 d'accomplies (2).

Le fonctionnement de ces étuves ne laisse rien à désirer. J'ai visité celle de la rue des Récollets, il y a quelques jours, en compagnie de M. A.-J. Martin, et j'ai été frappé de la promptitude, de la facilité avec laquelle la désinfection s'opère et du peu de personnel qu'elle exige.

L'établissement est divisé en deux parties bien distinctes et séparées par un mur plein qui ne présente qu'une seule ouverture fermée par une glace fixe. L'étuve à désinfection est partagée en deux parties inégales par le mur de désinfection. Elle fait une saillie de 10 centimètres à peine dans la chambre d'entrée; elle est presque tout entière comprise dans la chambre de sortie. Les deux pièces sont munies d'une voie pour la manœuvre du chariot. Les voitures de l'établissement amènent les objets à désinfecter dans la cour qui précède la chambre d'entrée; on les dépose dans cette pièce et les voitures ainsi que les attelages vont se faire désinfecter, dans la cour du fond, au moyen de pulvérisateurs qui les arrosent avec une solution de sublimé au millième. Les objets sont portés dans l'étuve à l'aide d'un chariot; on ferme la porte d'entrée du cylindre et, au bout de 15 minutes, on les retire par la porte opposée qui donne dans la chambre de sortie. On les secoue et on les laisse sécher, ce qui se fait très vite en raison de la température élevée de la vapeur, puis on les emporte dans les voitures qui ont été désinfectées antérieurement.

Les agents chargés de la manipulation des objets sont revêtus d'un costume spécial. Ils le quittent lorsqu'ils ont fini leur service ; ils prennent un bain par aspersion dans un cabinet attenant à l'étuve et passent de là dans la pièce où ils ont laissé leurs habits de ville qu'ils revêtent avant de sortir.

Tout cela se fait avec une ponctualité et une rigueur véritablement médicales. Tout ce personnel est pénétré de l'importance des précautions qu'on lui impose et les observe religieusement. Les étuves municipales sont à la disposition de tout le monde et leur emploi est gratuit. On n'exige aucune formalité. La demande peut être faite de vive voix, par la poste ou par le téléphone, dans les mairies, les postes de police et les stations de désinfection. Le moyen le plus expéditif consiste à s'adresser directement par le téléphone, à l'établissement principal, celui de la rue des Récollets n° 6, et la journée ne se passe pas sans qu'on voie arriver une voiture avec des désinfecteurs. Ces facilités expliquent l'accroissement considérable des opérations effectuées dans les étuves de la ville. Elles joignent à la gratuité l'avantage d'une sécurité complète et n'exigent aucune démarche ennuyeuse.

(1) Rapport au Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine sur le service de désinfection dans la banlieue et les améliorations à apporter à ce service, par MM. les médecins inspecteurs Dubieff et Thoinot. Paris, 1892.

(2) Ces renseignements m'ont été fournis par le docteur A.-J. Martin.

Il existe, dans Paris, nombre d'établissements privés où on pratique la désinfection et l'épuration de la literie, mais, à part de très rares exceptions, ils ne méritent aucune confiance.

A diverses reprises, le conseil municipal s'en est préoccupé. En 1891, M. A.-J. Martin se livra à une enquête personnelle sur ce sujet et en fit l'objet d'une communication à la Société de médecine publique (1).

« Dans presque tous ces établissements, dit-il, on nettoie plus qu'on ne « désinfecte; il n'en existe pas encore qui réponde aux desiderata les moins « rigoureux; on y peut presque partout voir des appareils qui ne désinfec- « tent pas et constater une promiscuité complète entre les objets infectés « et ceux qu'on rapporte à domicile.

« J'ai visité les plus importants de ces établissements et j'ai eu le regret « de constater que la plupart n'ont pas même les appareils indispensables; « quand ils les ont, ils sont établis dans des conditions où la transmission « des maladies est certainement plus assurée que la désinfection elle- « même. »

L'année suivante, le Comité permanent des épidémies, institué au sein du Conseil d'hygiène et de salubrité, voulut également s'enquérir des garanties que pouvaient offrir à l'hygiène les établissements privés dont les prospectus promettent des merveilles. Il chargea un des médecins inspecteurs des épidémies, le docteur Deschamps, de procéder à une enquête à ce sujet. M. Deschamps s'acquitta de cette mission avec un soin scrupuleux, et son rapport, remis le 9 novembre 1892 au Conseil d'hygiène, se termine par les mêmes conclusions que celui de M. A.-J. Martin : « Sauf quelques rares « maisons qui possèdent l'outillage nécessaire et des ouvriers habitués à « le mettre en œuvre, dans la plupart des établissements privés, la désin- « fection est absolument illusoire et ne répond nullement aux exigences « scientifiques d'une opération sérieuse (2). » Le rapport se termine par un projet d'ordonnance en 14 articles qui a été approuvé par le Conseil et signé par le préfet de police.

Il résulte de cette double enquête que, jusqu'à nouvel ordre, il est prudent de s'en tenir aux étuves municipales puisqu'elles donnent toute sécurité et qu'elles ne coûtent rien.

Dans un dernier article, nous nous occuperons de la désinfection à domicile. Jules ROCHARD.

DOUZIÈME CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

TENU A WIESBADEN (3).

I

Des névroses traumatiques.

Le terme de « névroses traumatiques » répond-il à une entité nosologique réelle? C'est l'avis de M. BAUMLER, qui pense que l'on doit désigner par ce nom les maladies survenues sans lésions organiques consécutivement aux accidents. On doit cependant se

---

(1) A.-J. Martin : Les services de la désinfection à Paris, mémoire lu à la Société de médecine publique le 27 mai 1891. (*Revue d'hygiène*, 1891, t. XIII, p. 49.)

(2) Docteur Eugène Deschamps : Rapport sur la réglementation de la désinfection par l'industrie privée. Paris, 1892.

(3) Voir l'*Union médicale* du 6 mai.

garder de la tendance qui consisterait à placer sous cette étiquette commode tous les faits dans lesquels le diagnostic reste incertain, un trauma quelconque semblant jouer un rôle dans l'étiologie. Il est donc indispensable d'examiner soigneusement les malades et de rechercher les symptômes objectifs parmi lesquels sont les symptômes psychiques et la dépression morale prolongée.

Il peut cependant arriver que des symptômes objectifs très nets relèvent d'un état psychologique. C'est ainsi que, lorsqu'un sujet s'imagine qu'il ne peut plus remuer son bras, l'immobilité du membre entraîne la cyanose et le refroidissement des téguments, qu'il y a atrophie musculaire, rétrécissement de la radiale. M. Baumler a vu, à la suite d'une contusion du genou, survenir une paralysie du nerf péronier, mais il n'y avait pas de réaction de dégénérescence, ce qui excluait l'idée d'une névrite. Il est donc probable qu'il s'agissait de simulation.

La simulation est, en effet, le grand écueil du diagnostic, et il faut y songer dans l'examen des cas difficiles.

Pour M. Jolly, il n'y a pas plusieurs, mais une névrose traumatique, car il est impossible de grouper rationnellement les cas. Pendant son évolution, la maladie revêt souvent des apparences très diverses.

M. Schultze considère le terme de névrose traumatique comme inexact ou beaucoup trop vague; il faut dire épilepsie traumatique, hystérie traumatique, comme on dit épilepsie névrose, hystérie névrose.

C'est une erreur de dire que le pronostic est toujours mauvais ; il est tantôt bon, tantôt mauvais selon les cas. Enfin, le rétrécissement du champ visuel n'a pourtant pas toute la valeur qu'on lui a accordée surtout lorsqu'il n'y a qu'une diminution temporaire de 10 à 15 degrés.

M. Strumpell partage à peu près les idées françaises sur les névroses traumatiques dont il considère les symptômes hypocondriaques et neurasthésiques se rattachant plus ou moins à l'hytérie comme dépendant d'une influence uniquement psychique.

L'école de la Salpêtrière croit qu'il s'agit toujours d'une hystérie plus ou moins nette dont l'agent provocateur est un trauma; M. Werriske tend à admettre qu'il n'y a pas de maladies nerveuses sans lésions ; l'hystérie, l'hystéro-neurasthénie, la neurasthénie traumatique constitueraient des groupes nosologiques distincts, ainsi que les psychoses traumatiques elles-mêmes, et ces groupes se multiplieront certainement. On ne peut tout ranger sous l'étiquette d'hystérie et, dans un grand nombre de cas, on ne rencontre pas l'ensemble des symptômes décrits par Charcot; les cas frustes d'hystérie, en Allemagne, du moins, sont beaucoup plus fréquents que les cas complets. Charcot soutient que le grand symptôme de l'hystérie est la suggestionnabilité ; on ne peut le suivre dans cette voie, car tous les hommes sont suggestionnables au moins à un certain degré; enfin, on ne peut pas non plus dire, avec le médecin de la Salpêtrière, que l'hystérie soit une maladie mentale, et on doit nettement distinguer l'hystérie en elle-même des troubles mentaux qui peuvent se ranger parmi les symptômes.

La plupart des membres du Congrès qui ont pris part à la discussion se sont occupés des moyens de découvrir la simulation si difficile à dépister chez les individus qui réclament des indemnités à la suite d'accidents. C'est dans la forme hystérique, hypocondriaque et mixte que la simulation est surtout à rechercher. M. Strumpell la croit relativement peu fréquente et la plupart des malades ne sont pas assez instruits pour savoir quels sont les symptômes qu'ils doivent présenter ; d'autre part, il ne suffit pas qu'un symptôme disparaisse lorsqu'on détourne l'attention du malade pour que l'on puisse affirmer la simulation. Pour M. Wornrke la simulation absolue est rare et habituellement les malades se bornent à exagérer leurs symptômes ; le rétrécissement con-

centrique du champ visuel, les douleurs peuvent facilement être simulées. On peut citer parmi les signes non susceptibles de simulation : l'inégalité ou l'immobilité papillaire, la diminution de l'excitabilité faradique, l'exagération des réflexes rotuliens, etc.

Bien souvent, ainsi que le fait remarquer M. Tolly, le simulateur hystérique est en réalité un malade et, d'autre part, il ne faut pas se hâter, pour découvrir la supercherie, de faire usage de procédés diagnostiques qui peuvent être dangereux.

Des symptômes graves d'hystérie suivent parfois l'emploi non ménagé de l'électricité. Ce qui montre bien que le diagnostic de la simulation est hérissé de difficultés, c'est que tandis que M. Lenhortz déclarait que des malades étaient réellement dans l'impossibilité de travailler, M. Thiersch les considérait comme dissimulateurs.

M. Unverricht recommande d'employer la narcose chloroformique pour dévoiler la simulation. Chez un homme qui semblait atteint d'une contusion de l'épaule avec hémianesthésie complète et petite plaque d'anesthésie du côté opposé, l'administration du chloroforme entraîna la disparition de la contracture avant la période de résolation complète et le malade se mit à crier dès qu'on le piquait.

Le pronostic des névroses traumatiques est mauvais lorsque les symptômes hypochondriaques ou hystériques sont très accentués. Si l'on a soin de ne pas effrayer les malades, si on les entretient de leur guérison, on peut, dans bien des cas, espérer voir cette dernière survenir. (Hoffmann, Lenhertz.)

Le traitement doit, avant tout, être psychique. Il faut éloigner la pensée du malade de son accident auquel il est toujours disposé à songer, éviter de l'effrayer en lui parlant de commotion ou de contusion cérébrale. Plus le patient voit de médecins, plus il y a d'interrogatoires faits et de diagnostic portés, plus la simulation ou l'illusion involontaire deviennent possibles. Dans bien des cas, il est utile d'isoler le malade, tandis que, dans d'autres, le travail nécessaire à l'existence auquel il devra se livrer avant que la question de l'indemnité possible ne soit réglée contribuera beaucoup à la guérison.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE (Province)

Des rapports de l'œil avec l'épilepsie, par le Dr G. Martin. — Stevens a montré que l'on pouvait, dans quelques cas, obtenir de bons résultats dans l'épilepsie par l'emploi des moyens optiques. Les recherches de M. G. Martin l'ont conduit à admettre que l'astigmatisme, pas plus que l'hypermétropie, ne peut être accusé d'être un facteur agissant fréquemment pour engendrer l'épilepsie, et, entre ses mains, cette maladie n'a été modifiée en aucune façon par l'usage des verres correcteurs, soit de l'astigmatisme, soit de l'hypermétropie.

Cependant, M. Martin pense qu'en présence d'un épileptique dont rien n'explique la maladie, il convient de penser à l'état oculaire. Peut-être les résultats obtenus en Amérique tiennent-ils à ce fait que, dans ce pays, on détermine et on corrige la réfraction d'un sujet après l'avoir soumis à l'atropine, de manière à donner des verres qui neutralisent la totalité de l'hypermétropie. En Europe, au contraire, on a l'habitude de ne corriger d'ordinaire que l'hypermétropie manifeste, plus un quart de l'hypermétropie latente. Il en résulte que le muscle ciliaire travaille beaucoup plus, et il est probable que les guérisons obtenues par Stevens sont dues à un repos plus complet de la fonction accommodatrice. (*Journal de Méd.* de Bordeaux, 1893, 14.)

Dermatose consécutive à l'administration de l'antipyrine, par le Dr Blaizot. — Il s'agit d'une femme qui, chaque mois, à la fin de ses règles, souffrait d'une céphalalgie pénible et opiniâtre. M. Blaizot lui prescrivit 2 grammes d'antipyrine, devant être pris le soir en deux doses et à 2 heures d'intervalle. Des démangeai-

sons intenses la privèrent de sommeil pendant la nuit suivante, et, le matin, elle constatait sur son corps des bulles transparentes siégeant au médium de la main droite, aux oreilles, au front, aux lèvres, à la voûte palatine et enfin à la vulve. M. Blaizot attribua l'éruption à l'influenza, et cette opinion était d'autant plus admissible que la malade avait de la fièvre, des nausées et se plaignait de courbatures. Les bulles s'affaissèrent du reste rapidement. Pendant plusieurs mois de suite, les mêmes phénomènes se renouvelèrent, et M. Blaizot s'était rattaché à l'idée d'un pemphigus aigu récidivant, lorsque sa cliente, souffrant, en dehors de ses époques menstruelles, de névralgies abdominales, fut soumise à un traitement par l'antipyrine. Il se produisit alors une nouvelle poussée de pemphigus occupant toujours le même axe fixe et prédominant à droite. Ce fut seulement alors que l'on rattacha l'éruption à l'érythème polymorphe que provoque souvent l'antipyrine. (Soc. de Méd. de Nantes.)

Le murmure sous-claviculaire chez les tuberculeux. — Chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire au premier degré, M. Moncorgé (*Lyon Méd*, 1892, 17) a pu constater l'existence, du côté gauche, d'un souffle sous-claviculaire ayant son maximum à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la clavicule et se prolongeant au ras de cet os du côté de l'épaule, où il allait en s'atténuant. Ce souffle était systolique, fort et rapeux dans le premier espace intercostal et comme superficiel.

M. Moncorgé a fait des recherches dans la littérature afin de voir si des cas analogues à celui de son malade avaient été publiés.

En France, l'existence d'un souffle sous-claviculaire est à peu près passé sous silence par les auteurs. Hérard et Cornil se bornent à le mentionner, Potoni l'a vu coïncider avec une caverne. G. Sée partageant l'opinion de Latham et Alison, pense qu'il s'agit soit d'un souffle anémique, renforcé par le voisinage d'une induration pulmonaire, soit d'un phénomène de compression; nous pouvons répondre quc Marfan n'en parle pas et mentionne simplement l'existence du souffle bronchique.

En Angleterre, les murmures et souffles sous-claviculaires semblent bien connus, et Sieveking mentionne l'existence, dans la tuberculose commençante, d'un murmure sous-clavier par compression ou induration du poumon ou dans l'inspiration par compression de l'artère. Au contraire, Polivet croit qu'il s'agit d'un bruit physiologique qu'il est facile de produire lorsque l'on fait lever le bras de l'individu examiné en même temps qu'on lui commande de faire une inspiration forte et de retenir sa respiration quelques secondes; il s'agirait d'une compression de l'artère soit par le muscle sous-clavier, soit par la première côte.

M. Montcorgé regarde le souffle sous-claviculaire comme d'origine réellement pathologique. C'est un symptôme qu'il conviendra de rechercher, désormais, attentivement chez les tuberculeux et qui, sans avoir, pris isolement, de valeur diagnostique, en acquerra une lorsqu'il sera associé à quelqu'un des symptômes habituels de la phtisie au début.

Le liquide de la périostite albumineuse. — M. Ollier a décrit une variété de périostite dans laquelle on observe, entre le périoste et l'os, la formation de collections liquides constituées par un exsudat transparent ou à peine trouble, légèrement ambré, de consistance visqueuse et tenant quelquefois en suspension des gouttelettes huileuses qui proviennent sans doute de la moelle osseuse. M. Hugounenco a eu occasion, dans un cas, d'analyser ce liquide et insiste surtout sur deux points. En premier lieu, le liquide ne renfermait que très peu de phosphate de chaux, ce qui démontre que l'os n'avait aucune part dans la formation de l'exsudat. En second lieu, la quantité de matière albuminoïde était de 64 gr. 20 par litre, et ses caractères physiques et chimiques la rapprochaient beaucoup de la synovie.

Pour M. Poncet, des agents microbiens divers peuvent donner naissance à la périostite albumineuse qu'il faut considérer, non comme une entité pathologique, mais souvent comme la manifestation symptomatique d'une infection atténuée. C'est ainsi qu'il a vu, chez des ostéo-myélitiques atteints d'abcès osseux, d'autres foyers inflammatoires qui ne renfermaient qu'un liquide séro-albumineux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mai 1893.— Présidence de M. Ferrand.

Sciatique guérie; scoliose croisée persistante.

M. Chauffard présente à la Société un malade atteint d'une scoliose persistante survenue à la suite d'une sciatique aujourd'hui guérie. C'est un exemple de ces scolioses croisées dont les travaux de M. Charcot et de ses élèves, MM. Babinski, Brissaud, Souques ont montré la fréquence et parfois même la gravité.

C'est un homme de 37 ans qui fut pris, il y a deux mois, d'une sciatique limitée aux branches fessières et qui disparut rapidement. Après avoir passé quinze jours au lit, le malade constata, suivant son expression, qu'il était *tout de travers*. Sa scoliose ne s'est pas modifiée depuis.

C'est une scoliose croisée, ce qui est le plus fréquent (50 fois sur 67 cas rapportés par François, de Lyon); le haut du tronc est incliné du côté opposé à la sciatique. La crête épineuse décrit une grande S dont la convexité supérieure regarde à gauche et la convexité inférieure à droite. L'épaule droite est fortement abaissée et la pointe de l'omoplate descend de 4 centimètres plus bas que celle du côté opposé. L'espace costo-iliaque droit est diminué de hauteur et comme renfoncé. Le poids du corps porte surtout sur le membre inférieur gauche; l'axe transversal du bassin est fortement incliné de haut en bas et de droite à gauche. La tête est légèrement inclinée vers l'épaule droite.

On est frappé du contraste existant entre une sciatique légère et la scoliose considérable qui lui a succédé; cette scoliose est persistante. Le lien qui unit les deux affections est donc étiologique bien plus qu'évolutif. La sciatique est la cause de la déformation, mais celle-ci, une fois établie, devient, pour ainsi dire, indépendante et autonome. Elle comporte par cela même un pronostic des plus sérieux.

Comme traitement, M. Chauffard emploie le massage et les bains sulfureux.

Contracture organique et contracture hystérique.

M. Babinski se propose de démontrer que la contracture liée à la sclérose des cordons latéraux diffère, tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathogénique, de la contracture hystérique, et qu'il s'agit là de deux phénomènes distincts.

Le plus souvent, on peut les distinguer sans qu'il soit nécessaire de considérer le mode d'évolution de l'affection, la présence ou l'absence de stigmates hystériques, grâce seulement à leurs caractères intrinsèques, au facies spécial que présente chacune d'elles et à l'état des réflexes tendineux.

Dans les cas types de paralysie spasmodique organique, voici ce qu'on observe ; S'agit-il d'une contracture du membre supérieur, les divers segments de ce membre sont fléchis et la main forme une griffe d'un aspect tout particulier; si l'on prend dans sa main la main du malade et qu'on cherche à porter celle-ci dans l'extension, on

éprouve une résistance qui donne l'impression d'un obstacle doué d'élasticité et animé parfois d'une trépidation plus ou moins marquée. A mesure que la main s'étend, les phalanges se fléchissent et viennent serrer la main de l'observateur. La contracture des membres inférieurs a pour conséquence, si elle est unilatérale, la démarche spéciale qu'on désigne par le verbe « faucher »; si elle est bilatérale, la démarche dite spasmodique.

La rigidité musculaire est relativement peu accentuée, même quand la paralysie spasmodique est intense, et il est possible de fléchir et d'étendre légèrement les divers segments des membres contracturés. Les réflexes tendineux sont toujours exagérés, sauf dans quelques cas exceptionnels et complexes.

Les caractères de la paralysie spasmodique hystérique sont bien différents. L'attitude des membres est tout autre. La rigidité musculaire est généralement très prononcée et il faut exercer des tractions énergiques pour produire quelques mouvements. De plus, les réflexes tendineux ne sont pas exagérés. Une exagération manifeste et unilatérale de ces réflexes, dans un cas d'hémiplégie spasmodique, permet, le plus souvent, d'affirmer que les troubles moteurs ne relèvent pas de l'hystérie ; de même, dans la paralysie, de l'exagération bilatérale des réflexes avec épilepsie spinale.

Mais il faut avoir soin, pour bien apprécier l'intensité des réflexes tendineux, de distinguer, dans la secousse consécutive à la percussion d'un tendon, le mouvement réellement réflexe des mouvement volontaires qui peuvent s'y associer. Il ne faut pas non plus confondre l'épilepsie spinale avec un tremblement du pied qu'on peut obtenir chez certains hystériques en en soulevant la pointe, et qui simule, à première vue, le phénomène précédent.

M. Babinsky a pu provoquer par suggestion, chez quelques tabétiques hynotisables dont les réflexes rotuliens étaient abolis, une contracture hystérique très prononcée des membres inférieurs.

La contracture hystérique est donc absolument indépendante de l'exagération des réflexes tendineux.

Le fait suivant montre aussi les dissemblances entre les contractures organique et hystérique: Une hystérique hypnotisable est atteinte d'une hémiplégie spasmodique organique du côté droit (impotence presque absolue du membre supérieur droit, main en griffe, exagération des réflexes, rigidité relativement peu marquée). Pendant le sommeil hypnotique, on peut développer dans le membre supérieur gauche une contracture hystérique très prononcée sans modification des réflexes tendineux. Il est au contraire impossible, par suggestion, de modifier l'état du membre supérieur droit.

La contracture hystérique doit être considérée comme un état de contraction musculaire prolongé; elle diffère encore par là de la contracture organique.

On peut reproduire par une contraction volontaire, d'une façon transitoire, il est vrai, une rigidité musculaire de tous points identique à celle qui constitue la contracture hystérique, et il n'est pas rare, d'ailleurs, que celle-ci s'installe immédiatement après une contraction volontaire, exécutée dans un but déterminé.

Il n'y a pas lieu d'être surpris qu'un membre atteint de contracture soit plus froid qu'un membre normal; ce n'est pas là, comme on l'a dit, un paradoxe physiologique, et cette observation n'est pas en contradiction avec la thèse de M. Babinsky, car un muscle raccourci ou contracté d'une façon permanente se trouve dans un état d'équilibre. Or, c'est le passage alternatif de l'un à l'autre de ces deux états, relâchement et raccourcissement, qui constitue, au point de vue mécanique, le travail musculaire; c'est ce phénomène, et non l'état de contraction, qui doit être la cause principale du développement de chaleur dans les muscles qui fonctionnent.

Le délire caféinique

M. Faisans : La caféine, qui rend dans certains cas des services si importants, peut aussi produire quelques accidents parmi lesquels il faut citer une excitation cérébrale parfois assez intense.

M. Faisans a même observé plusieurs faits dans lesquels la caféine avait produit du délire. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une femme de 58 ans, entrée à l'hôpital pour une pneumonie du sommet gauche ; à la suite de menaces de colapsus cardiaque, on fit des injections de caféine (1 gramme). Le soir même elle était prise d'un délire violent avec prédominance d'hallucinations visuelles ; ce délire persista aussi longtemps que le médicament fut continué ; il diminua et disparut deux jours après la suppression de la caféine. Cette femme était une nerveuse, prédisposée certainement à de tels phénomènes.

Le délire est fréquent chez les pneumoniques, mais il ne revêt pas ordinairement le caractère hallucinatoire ; de plus, dans les faits observés par M. Faisans, il y eut une coïncidence tout à fait frappante entre l'administration de la caféine et l'apparition du délire d'une part, et de l'autre entre la suppression de la caféine et la disparition du délire.

La caféine peut donc produire un délire violent, à caractère hallucinatoire et susceptible, comme tous les délires de cet ordre, de conduire à des tentatives de suicide.

Un état névropathique spécial est peut-être nécessaire pour que la caféine produise ce résultat. En tout cas, l'emploi de ce médicament doit être surveillé, surtout chez des malades nerveux ou alcooliques.

M. Variot lit une observation de pleurésie purulente chez un enfant de 5 ans avec signes locaux spéciaux constatés dans la cavité d'un abcès de la paroi thoracique communiquant avec l'épanchement pleural. Pneumothorax consécutif à la thoracentèse.

M. Netter lit une note de M. le docteur Dupuy, de Saint-Denis, sur quatre cas de typhus exanthématique.

M. Millard communique un cas de variole et de vaccine simultanées chez une femme qu'il a fait diriger sur Aubervilliers.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 mai 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire. — Vincent : Bactériologie de l'ictère grave. — Charrin et d'Arsonval : Influence des courants sinusoïdaux sur le bacille pyocyanique. — Charrin : Albuminurie due à des mouvements musculaires. — Hanot : Lésions du foie infectieux. — Roger : Recherches sur le pouvoir toxique du bactérium coli.

M. Vincent, ayant eu occasion d'examiner au point de vue bactériologique deux cas d'ictère grave envoie une note, qu'analyse M. Laveran.

Dans le premier cas, l'ictère grave était primitif et le bactérium coli a été retrouvé dans le foie, la rate, les poumons.

Le second malade avait été pris d'accidents d'insuffisance hépatique dans le cours d'une cirrhose hypertrophique. Dans ce cas, on trouve un certain nombre de micro-organismes et principalement le staphylococus albus.

MM. d'Arsonval et Charrin continuent leurs recherches sur le bacille pyocyanique. Ils ont étudié l'action des courants sinusoïdaux sur le bacille et ont trouvé que les courants rapides n'empêchent pas le développement des cultures, mais enlèvent au bacille une partie de son pouvoir chromogène. La coloration bleue caractéristique du bacille

pyocyanique est plus ou moins intense selon que les cultures sont restées plus ou moins longtemps soumises au courant. La production du pigment par le bacille de Charrin rend très facile la constatation des effets qu'ont sur sa vitalité un grand nombre d'agents.

— Les causes des albuminuries sont extrêmement nombreuses, ainsi que le rappelle M. Charrin, et beaucoup d'auteurs ont même admis l'existence d'une albuminurie physiologique. M. Charrin a, dans le service de M. Bouchard, recueilli l'observation d'un jeune homme dont les urines étaient albumineuses pendant le jour, tandis que celles de la nuit ne renfermaient pas d'albumine. Lorsque le malade avait de l'insomnie et était, par conséquent, repris pendant la nuit de mouvements choréiques, les urines se chargeaient d'albumine. La présence de cette dernière semblait donc dépendre des mouvements musculaires.

— Dans les faits infectieux, qu'ils proviennent de malades morts de pneumonie grippale, de fièvre typhoïde, de choléra ou de diphtérie, il existe, d'après les constatations de M. Hanot, de petites taches blanches siégeant sur la face convexe de la glande et que l'on peut regarder comme caractéristiques de l'état infectieux.

A leur niveau il existe des altérations parfaitement déterminées des cellules hépatiques.

— M. Royer a expérimenté le pouvoir toxique du bactérium coli sur la grenouille, la culture de ce microbe recueilli dans les matières fécales et inoculées à l'animal, déterminent des phénomènes un peu variables suivant la dose de culture injectée. La grenouille inoculée présente d'abord un état pirétique auquel succède, au bout d'une heure environ, une période de secousses musculaires du train postérieur; en même temps survient une exagération considérable des réflexes. Bientôt la contractilité musculaire disparaît, il survient une sorte de tétanos et la mort arrive. Les contractions cardiaques sont très ralenties dès que l'animal est sous l'influence de l'inoculation. L'étude de ces phénomènes est intéressante, les intoxications ou les infections par le coli bacile et ses produits étant très fréquentes chez l'homme.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel de pharmacie pratique, par L. Dufour. — Paris, F. Alcan, 1893.

L'auteur s'est proposé d'indiquer aux élèves les règles à suivre pour la préparation des médicaments magistraux et officinaux, et de donner à ses confrères la possibilité d'améliorer certaines préparations pharmaceutiques, tout en se conformant aux formules du Codex. C'est ainsi qu'il a été amené à donner plus de développements à certains modes opératoires trop écourtés dans celui-ci, à donner plus de détails sur les précautions à prendre pour les préparations d'une conservation difficile et à formuler des conseils, basés sur une longue expérience, pour la bonne tenue d'un laboratoire.

Pour faciliter les recherches, l'ordre alphabétique a été adopté pour toutes les préparations, sans faire de distinctions entre la pharmacie chimique et la pharmacie galénique.

FORMULAIRE

Formule contre la constipation des enfants (J. Simon)

Teinture de cascarille	ãã 10 grammes.
— de rhubarbe	
— de cannelle	
— de colombo	
— de gentiane	
— de noix vomique	5 —

Faire prendre de X à XX gouttes deux fois par jour, suivant l'âge.

COURRIER

— Un concours s'ouvrira le 27 novembre 1893 devant la Faculté de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

— Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1893 devant la Faculté de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

— M. le Dr Jean Gros, ancien interne des hôpitaux, est nommé professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts de Lyon, en remplacement de M. le professeur Léon Tripier, décédé.

MM. les Dr Lelièvre et Guillaume ont été nommés, après concours, médecins suppléants des hôpitaux de Reims.

— Veut-on avoir une idée des différences d'appointements qui existent entre les médecins de l'armée anglaise et ceux de notre armée. Il n'y a qu'à consulter les chiffres suivants :

Un surgeon major général touche 32,500 francs et un médecin inspecteur 12,600 fr. ; un surgeon colonel touche 22,500 francs et un médecin principal de 1re classe 8,136 fr. ; un surgeon lieutenant colonel touche 16,250 francs et un médecin principal de 2e classe 6,588 francs; un surgeon major touche 16,250 francs et un médecin major de 1re classe 5,508 francs ; un surgeon captain, touche 5,000 francs et un médecin major de 2e classe 3,060 francs ; un surgeon captain après 5 ans de service touche 6,250 francs et un médecin major de 2e classe après 6 ans de grade 3,420 francs.

— Le jury du concours de médecine (bureau central) est définitivement fixé. Tous les médecins des hôpitaux dont le nom est sorti de l'urne ont accepté, ce sont MM. Chantemesse, Debove, Dujardin-Beaumetz, Landouzy, Moizard, Potain, et comme chirurgien M. Després.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe : *Brest* : MM. 1. Guézennec; 2. Dubut; 3. F. Kergrohen; 4. Laugier; 5. Vergos ; 6. Négadelle. — *Cherbourg* : MM. 1. Négretti ; 2. Deblenne ; 3. Fras; 4. Branellec ; 5. Nollet. — *Lorient* : MM. 1. Bahier; 2. Nodier ; 3. Thamm ; 4. Ropert; 5. J. Kergrohen.

— M. le médecin de 1re classe Morain a sollicité son admission à la retraite, à compter du 1er août prochain.

— M. le médecin de 2e classe Collin, embarque sur la *Sémiramis*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les causes d'insuccès de la digitale

Dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique, M. le Dr Huchard, revenant sur un sujet qui lui est familier, s'est occupé des causs d'insuccès de la digitale. Il a d'abord résumé les conditions nécessaires pour une bonne préparation du médicament, conditions qui sont si nombreuses, que nombreuses aussi sont les chances d'insuccès.

La digitale cultivée dans les jardins est presque inerte et les plantes qui contiennent les principes actifs sont celles qui poussent spontanément sur les terrains schisteux, dans les lieux élevés et chauffés par le soleil. Les digitalines se trouvent dans les semences et dans le parenchyme des feuilles. Il faut attendre que ces dernières aient deux ans pour les recueillir et les plus actives sont celles qui sont au-dessus des radicales; la récolte doit être faite un jour après la floraison. Les feuilles débarrassées de leurs nervures doivent être séchées d'abord à l'ombre, puis à l'étuve à une température ne dépassant pas 30°; elles doivent être conservées à l'abri de la lumière et de l'humidité dans des flacons bien bouchés. Malgré toutes ces précautions, au bout d'un an la feuille ne renferme plus de principes actifs.

On voit donc que beaucoup de causes peuvent diminuer la valeur de l'infusion ou de la macération de feuilles. Aussi, M. Huchard conseille-t-il de recourir à la digitaline cristallisée toujours semblable à elle-même.

FEUILLETON

Quo non ascendam....!

« Celui qui met un frein à la fureur des flots » permet à l'héroïque hardiesse des chirurgiens modernes de se donner libre cours et ne paraît pas décidé, jusqu'à présent, à les arrêter sur le chemin des conquêtes incessantes, et chaque jour plus brillantes, qu'ils parcourent d'un superbe et irrésistible élan. Les récents Congrès de chirurgie ont fait défiler devant nos yeux éblouis des choses à donner le vertige. Ces estomacs dilatés qu'on coupe et qu'on retaille, comme des habits trop larges, pour les mieux ajuster; ces uretères qu'on greffe sur des côlons ; ces sacrums qu'on installe à charnière, comme des contrevents, pour extisper tout à son aise une aune de rectum; que sais-je encore? tout cela nous met loin du temps où une insignifiante ablation de rate semblait un coup d'audace inouïe et de téméraire folie. Et, cependant, ces Congrès s'achèvent à peine que les magistrales envolées dont le souvenir nous laisse encore presque étourdis sont déjà dépassées de cent coudées. Jugez-en.

La préparation de l'infusion ou celle de la macération doivent être soumises à certaines règles. C'est ainsi que, étant donnée la formule suivante :

Digitale.............	1 gramme
Eau bouillante.........	200 grammes.

pour infusion à prendre par cuillerées, prescription du reste mal faite, ainsi que nous allons le voir, on peut (Carles) : 1° employer de l'eau distillée ou de l'eau ordinaire; 2° se servir comme digitale des pétioles, des limbes coupés aux ciseaux ou bien de la poudre qui, si l'on suit le Codex, doit être obtenue avec la feuille entière sans résidu. M. Carles a varié de toutes manières les conditions de la préparation et il est arrivé à ce résultat qu'il ne faut employer que la poudre de feuilles et ne la traiter que par l'eau distillée.

D'autre part, il y a digitalines et digitalines, et M. J. Fouquet a récemment, sur les conseils de M. Dujardin-Beaumetz, étudié la valeur comparative de celles que l'on rencontre dans le commerce. Il a trouvé que la digitaline cristallisée chloroformique du Codex est un produit fixe, qui, lorsqu'il est bien préparé, est toujours identique à lui-même. La digitaline amorphe cristallisée du Codex est un médicament aussi actif que la digitaline cristallisée, mais ce produit peut facilement renfermer des matières résineuses colorantes que la préparation n'a pas éliminées et il n'est pas toujours entièrement soluble dans le chloroforme.

La digitoxine est un produit d'action variable, car elle renferme de 5 à 15 p. 100 de matières étrangères suivant les échantillons; les digitalines allemandes sont des produits peu actifs, de composition variable, et qui ne doivent leur action qu'à la quantité plus ou moins grande de digitaline chloroformique qu'ils contiennent.

De tout ceci, il résulte que, comme la digitaline amorphe est facile à falsifier et que la fabrication en est souvent défectueuse, le médecin qui veut employer la digitaline doit toujours, s'il veut être sûr de ce qu'il fait, écrire sur son ordonnance : *Digitaline cristallisée du Codex.*

M. Yvon a fait remarquer à la Société de Médecine légale que des granules de digitaline à 1 milligramme (dose du Codex) peuvent être cause d'accidents et, pour lui, quand on se sert de digitaline cristallisée de Nativelle, chaque granule ne devrait renfermer que un quart ou même seulement un dixième de milligramme du principe actif.

Ce n'est pas une affection nouvelle qui va bénéficier de cette thérapeutique inédite; c'est la très ancienne et très désespérante sciatique. Il faut dire qu'elle justifie bien les tentatives les plus corsées et qu'en les essayant sur elle nous exerçons à peine de justes représailles contre une maladie qui fait, de la vie des patients, un enfer et, de celle de leurs médecins, un purgatoire tout au moins. Elle n'a voulu entendre jusqu'ici aucune raison. Ni les doux cataplasmes ni les conciliantes fomentations ne l'ont amendée; les vésicatoires agressifs, les pointes ardentes des cautères, le congelant stypage ne l'ont point amenée à composition; la morphine, si pitoyable aux malheureux, y a usé, sans résultats, ses plus somnolentes coquetteries; l'élongation elle-même a vu sa rude poigne impuissante à dompter la rebelle. Beaucoup d'esprits (prompts à se décourager, il est vrai) avaient jeté le manche après la cognée et rangé la sciatique au nombre des maux qui, comme la vieillesse, ne se guérissent pas, fût-ce avec de l'extrait d'*orchis*. Or, voici qu'on va la guérir. — j entends la sciatique, — et je vais vous dire de quelle manière, si ce que j'ai lu est vrai.

On ouvre le canal rachidien; vous savez comment, j'en suis sûr, mais je vous le dirai tout de même, car, en matière scientifique, il n'est pas de détail oiseux et il n'y a rien

Pour lui, du reste. la digitaline amorphe est moins active que la digitaline cristallisée.

Bien que les granules soient très employés, on doit les considérer comme un mode d'administration à repousser quand cela est possible ; d'une part, en effet, ils peuvent s'enrober, pour ainsi dire, dans des secrétions gastriques ou intestinales, et traverser le tube digestif sans être dissous ; d'autre part, s'ils s'accumulent dans l'intestin, la dissolution de plusieurs d'entre eux peut s'effectuer simultanément et l'intoxication se produit.

Aussi doit-on, avec MM. Huchard et Potain, prescrire la solution de digitaline cristallisée au millième.

La digitale a été employée dans le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, la pneumonie, pour abaisser la température fébrile. Or, dit M. Huchard, la clinique montre que la température a pour caractère de n'être jamais très élevée dans le rhumatisme articulaire aigu; quand il devient hyperpyrétique, l'antipyrine et les bains froids sont préférables à la digitale.

Les typhoïdiques supportent assez mal la digitale, sans doute parce que ce médicament contribue, pour sa part, à exciter le pneumogastrique, déjà excité par le poison typhique, d'où la lenteur relative du pouls dans la dothiénenthérie.

Enfin, dans la pneumonie, la digitale est indiquée seulement dans les cas où le myocarde faiblit. On a édifié toute une méthode de traitement par la digitale à haute dose, mais c'est là un sujet trop important pour que nous ne le traitions qu'incidemment et nous aurons à y revenir.

Laissons parler M. Huchard pour ce qui se rapporte à l'emploi de la digitale dans les affections du cœur; les règles qu'il a tracées sont du reste devenues classiques.

Dans les affections du cœur, il faut se rappeler que c'est l'état de la fibre cardiaque et non le siège des lésions qui commande et domine l'indication de la digitale. Gubler avait donc eu tort de dire que le rétrécissement aortique est le triomphe de ce médicament. Il n'est pas juste d'affirmer non plus que la digitale est le médicament des affections mitrales et qu'elle doit être absolument bannie de la thérapeutique des affections aortiques. Il est plus conforme à la clinique de dire :

La digitale est contre-indiquée dans toutes les affections valvulaires, qu'il s'agisse de rétrécissement ou d'insuffisance, d'affection aortique ou mitrale, lorsque ces maladies sont insuffisamment ou exagérément compensées dans leurs deux périodes d'asystolie et

---

de blessant à mettre les points sur les I. Donc, on l'ouvre..... largement, comme on doit tout ouvrir, d'ailleurs. L'hémostase, ce n'est pas ça qui nous gêne, comme disait MacNab, il est donc inutile de nous y arrêter. Quand elle est obtenue, on fend les méninges, toujours très largement. On recherche avec soin (ce doit être scabreux) la dernière paire lombaire et les trois ou quatre premières paires sacrées et, protégeant de son mieux leurs racines antérieures, d'une main ferme on sectionne les postérieures. La sciatique, vaincue et honteuse d'une si facile défaite, s'enfuit, quitte à revenir plus tard. Voilà qui laisse loin derrière soi les arrachements du ganglion de Meckel dans la fosse ptérygo-maxillaire et les extirpations intra-craniennes du ganglion de Gasser. Vraiment, les chirurgiens de l'avenir auront fort affaire pour imaginer des opérations nouvelles; je prévois que les questions de priorité seront faciles à régler entre eux avant qu'il soit longtemps, et il leur faudra renoncer à prendre date, car nous aurons occupé toutes celles encore disponibles. Alors, le bureau des Académies, sevré de tout pli cacheté, regrettera peut-être le temps où il se plaignait d'en être encombré.

En cherchant bien, on rencontre cependant un organe qui s'est dérobé à toute tentative opératoire. Entre le sternum réséqué il y a quinze siècles, le rachis trépané d'hier

d'hypersystolie. Elle est indiquée dans toutes les cardiopathies valvulaires ou artérielles lorsqu'elles sont insuffisamment compensées (périodes d'hyposystolie et d'asystolie.).

On a dit que l'insuccès de la digitale était dû à l'état de dégénérescence profonde du muscle cardiaque. A ce sujet, on a commis une exagération, car on ne doit pas conclure toujours de l'impuissance de la digitale à l'impuissance du myocarde. Celle-ci peut, en effet, n'être que temporaire et dépendre d'un barrage circulatoire, central, périphérique ou viscéral.

Bien souvent, à la dernière période des cardiopathies, le cœur est excessivement dilaté et la digitale n'agit plus. C'est alors parce que le cœur est forcé, qu'il existe dans ses cavités un obstacle constitué par l'encombrement, obstacle contre lequel le médicament lutte inutilement. On peut, dans ce cas, pratiquer une saignée de 200 à 300 gr. et on constate, quelques jours après, que la digitale a récupéré toute son action.

L'impuissance temporaire de la digitale à la fin d'une cardiopathie peut encore tenir à ce que les membres sont distendus par un œdème très dur non dépressible; celui-c devient un agent de compression pour les capillaires et les petits vaisseaux, il constitue par lui-même comme une sorte de barrage circulatoire contre lequel viendra se briser l'effort du médicament. Ce barrage périphérique sera levé par quelques mouchetures.

Le barrage peut encore être viscéral. Chez certains malades, le foie est congestionné et augmenté de volume. Cette congestion hépatique retentit sur les cavités droites du cœur et devient encore un obstacle pour le succès de la digitale. Si, avant d'administrer celle-ci, on donne quelques doses de calomel, si on applique sur la région du foie quelques ventouses scarifiées, on voit le médicament agir. Mais lorsque le foie, au lieu d'être simplement congestionné, est profondément sclérosé, l'ascite qui en est la conséquence résistera presque complètement à la digitale parce qu'il s'agit alors d'une ascite d'origine hépatique et parce que la digitale est seulement, comme l'a dit Lorain, le médicament des hydropisies cardiaques.

Pour le rein, l'imperméabilité de cet organe dans la néphrite interstitielle, l'abondance de l'albumine dans la néphrite parenchymateuse ne sont pas des contre-indications absolues à l'emploi du médicament. Ce fait tend à prouver que la digitale ne s'élimine pas par le rein et que, pour produire la diurèse, elle agit surtout sur les vaisseaux. Les dangers de l'administration de la digitale dans les affections rénales ont été très exa-

---

et les poumons qu'on commence à pneumotomiser, le cœur s'est gardé vierge de toute atteinte. Le seul acier dont le froid l'ait glacé, c'est celui du glaive; or ce pauvre cœur s'est toujours si mal trouvé de ses relations, même très courtes, avec le belliqueux métal qu'on comprend à merveille la réserve qu'il a inspirée aux chirurgiens de toutes les époques et de toutes les écoles et l'éloignement où il les a tenus. Rien n'a pu le faire sortir des bornes du respect presque religieux qu'ils lui ont voué de tout temps. Il n'est pas admissible qu'une pareille situation se prolonge et c'est un point où l'honneur de la science contemporaine est engagée de ne pas laisser au siècle qui vient la gloire d'initier le muscle cardiaque aux bienfaits d'un outillage et d'une asepsie aussi parfaits que sont les nôtres. C'est un devoir pour chacun de nous, Monsieur et cher Confrère, de contribuer, dans la mesure de nos forces, à ce magnifique triomphe et je vous demande la permission de prêcher d'exemple en apportant ici même, dès aujourd'hui, mon tribut personnel à cette grande œuvre. Voici les grandes lignes d'un plan opératoire dont je revendique hautement la priorité, avec l'orgueil d'être très probablement le dernier qui aura eu cette occasion.

Premier temps. — Résection temporaire de la paroi thoracique antérieure. Deux inci-

gérés, et elle peut, dans certains cas, faire baisser considérablement le chiffre de l'albumine.

La dégénérescence myocardique étendue n'est pas une contre-indication à l'emploi de la digitale. Elle produit ordinairement son maximum d'action dans les cardiopathies artérielles avec gros cœur scléreux, caractérisées par l'atteinte profonde et précoce du myocarde, plutôt que dans les affections valvulaires où l'altération de la fibre cardiaque est moins généralisée et plus tardive.

La digitale n'est pas, quoiqu'on en ait dit, contre-indiquée dans toutes les cardiopathies caractérisées par l'augmentation de la tension artérielle, c'est une erreur que Ferrand a relevée dès 1862 en disant : « Le médicament a en lui-même son correctif, et s'il débute en exagérant la tension, il provoque bientôt la diurèse qui, comme une soupape de sûreté, rétablit l'équilibre. »

La digitale est le régulateur du système circulatoire tout entier.

La digitale ne peut rien contre les arythmies résultant de l'altération profonde de la fibre cardiaque dans l'artério-clérose, et s'il s'agit d'arythmies rythmées ou allorythmies, elle devient dangereuse.

De même le médicament n'agit pas contre la tachycardie résultant d'une lésion ou d'une compression du pneumogastrique, contre la tachycardie essentielle paroxystique, contre la tachycardie, compensatrice pour ainsi dire, que l'on voit se produire dans certaines affections cardiaques à la période d'hyposystolie.

La dyspnée cardiaque n'indique pas toujours la digitale ; elle peut être d'origine toxique et c'est encore au régime lacté qu'il faut revenir.

Enfin, si la cardiopathie relève d'altérations du côté du tube digestif, si, dans le cours d'une cardiopathie primitive, il survient un état gastrique accentué ou de l'hypochlorhydrie, on devra combattre tous ces accidents avant de prescrire le médicament.

M. Huchard conseille d'administrer la solution de digitaline cristallisée au millième en une fois pendant un seul jour, à la dose de cinquante gouttes, soit un milligramme de principe actif. La diurèse digitalique survient le soir même ou le lendemain de l'administration du médicament.

Enfin, pendant toute la durée de la médication digitalique, et l'on sait que l'action du médicament persiste encore pendant une huitaine de jours après son administration,

---

sions verticales commencent un peu au-dessous des articulations sternoclaviculaires et descendent en divergeant un peu jusqu'au rebord costal. Elles sont réunies en haut pa une incision transversale au fond de laquelle le sternum sera sectionné au ciseau de Mac-Even. Les cartilages sont coupés suivant les lignes des incisions verticales et le lambeau ostéo-cutané ainsi formé est rabattu sur l'abdomen. Cela m'a paru préférable au rabattement du côté de la face qui rappelle trop l'autopsie et serait gênant pour l'anesthésie.

Deuxième temps. — Ouverture du sac péricardique par une incision en V à sommet supérieur. La séreuse est rabattue en bas, comme le lambeau. L'organe se présente aux regards par toute l'étendue de sa face antérieure ; l'auscultation, la palpation, l'exploration la plus minutieuse ne sont plus qu'un jeu.

Troisième temps. — Suivant que l'un ou l'autre des ventricules ou tous les deux ensemble auront été reconnus malades, on placera des pinces à pression douces et graduées dont les mors auront été garnis de caoutchouc, sur les veines pulmonaires, sur les veines caves ou, à la fois, sur les unes et les autres. Dans ce dernier cas, il arrivera presque à coup sûr que le cœur battant à vide s'affole et précipite ses battements bien

il importe de ne prescrire aucun médicament antagoniste : la morphine, la belladone, l'antypyrine, l'ergot de seigle, qui diminuent la diurèse; la trinitrine, le nitrite d'amyle, les iodures, qui affaiblissent la tension artérielle (antagonisme physiologique); les préparations de plomb et de tannin qui précipitent la digitaline (antagonisme chimique).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Sur la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur une observation de M. Ducor, qui a communiqué un cas de transmission de la tuberculose dans un logement occupé deux ans auparavant par un tuberculeux.

Une famille composée de 11 personnes, le père, la mère et 9 enfants, occupe un logement qui avait été habité auparavant par un tuberculeux qui y était mort au mois de mai 1890 et qui était locataire depuis l'année 1888. Sa femme contracte la même maladie et succombe vingt jours après dans le même local, on devrait dire la même chambre. Cette chambre est occupée alors par le père, la mère et 2 des 9 enfants. En 1892, à la suite d'une rougeole, la mère et les deux enfants présentent les symptômes d'une bronchite suspecte.

M. le docteur Ducor, frappé de la localisation du mal aux personnes seules qui occupaient une des pièces de ce logement, a fait une enquête qui lui a révélé les faits ci-dessus. Il a constaté que les papiers de la chambre incriminée sont couverts de taches résultant des crachats desséchés. Il a soumis ce papier à l'examen du docteur Dubief, qui non seulement a reconnu au microscope la présence du bacille de Koch, mais qui, en inoculant deux cobayes avec une émulsion faite avec les fragments du papier, a déterminé chez ces animaux une tuberculose généralisée à bacilles de Koch.

Cette observation a la valeur d'un fait expérimental; aussi, M. Ducor pense-t-il que

---

au delà de ce que la loi de Marey a jamais pu faire prévoir. Ce serait une grande gêne pour la suite de l'intervention, mais je ne pense pas qu'on doive se préoccuper sérieusement de cet incident dont une bonne faradisation des pneumo-gastriques aurait vite raison.

Quatrième temps.— Le cœur une fois calmé, on ouvre le ou les ventricules suivant le besoin. Nettoyage des valvules, excisions, débridements, ténotomies des muscles papillaires, curettage, avivement et occlusion par suture du trou de Botal, s'il y a lieu, résection d'une tranche de paroi ventriculaire dans le cas d'hypertrophie, etc., etc., puis,

Cinquième temps. — Suture à trois étages en surjet continu des parois cardiaques, à points très rapprochés et très serrés. Enlèvement des pinces hémostatiques d'attente. On jouit un instant du plaisir bien gagné de voir battre l'organe remis à neuf et rajeuni et, enfin, on réunit le péricarde, on replace le lambeau sternal avec quelques points, de fil d'argent pour l'os et les cartilages, de crin de Florence pour la peau. Huit jours après, la cyanose et l'oppression n'existent plus, l'odème a disparu, l'ascite n'est plus qu'un souvenir, les médecins étonnés ne retrouvent pas trace du moindre souffle, l'opéré

l'on ne saurait attacher trop d'importance à la destruction des crachats et à la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux.

Le fait de M. Ducor n'est pas isolé et de nombreux observateurs en ont cité d'analogues.

Aujourd'hui, la contagion de la tuberculose est admise sans conteste, et on sait que le mode le plus actif de la contagion est le crachat.

Il semble que l'on devrait demander aux pouvoirs publics que, dans la liste des affections contagieuses dont la déclaration est rendue obligatoire par la loi votée sur l'exercice de la médecine, la tuberculose soit comprise. M. Dujardin-Beaumetz ne peut partager cette manière de voir. La question de la déclaration des maladies contagieuses soulève de graves problèmes, et l'un des plus importants est celui du secret médical; comme la tuberculose joue dans les familles un rôle important, il faut mettre une grande discrétion dans la publication de pareils faits. M. Dujardin-Beaumetz pense donc que, sans exiger la déclaration obligatoire, on doit, autant que faire se peut, faire connaître ces faits et montrer l'importance et l'utilité de la désinfection.

Du reste, la désinfection est aujourd'hui possible non seulement à Paris, mais encore dans les communes suburbaines. Pour Paris, l'organisation est aussi complète que faire se peut, et le nombre de désinfections réclamées chaque mois pour la tuberculose augmente régulièrement.

En 1892, 4,545 désinfections ont été pratiquées pour la tuberculose; or, en janvier, il y a eu 364 désinfections seulement, tandis qu'en novembre, on en faisait 668 et 547 en décembre. La progression est encore plus marquée pour 1893. Pendant les quatre premiers mois de 1892, il a été fait 1,275 désinfections pour tuberculose; en 1893, pendant le même temps, le nombre a été de 2,881.

Il faudrait persuader la population que, dans tous les cas de tuberculose, il faut faire désinfecter la pièce qui a été occupée par le phtisique. La gratuité de toutes les pratiques de désinfection, la rigueur avec lesquelles elles sont faites rendent cette tâche bien facile, et il suffit pour cela de s'adresser à la mairie ou au bureau des épidémies, près la Préfecture de police, pour que toutes les mesures soient appliquées de suite.

Traitement des tuberculoses chirurgicales suppurées par l'eau bouillante

M. Jeannel badigeonne les foyers tuberculeux, largement ouverts, avec des tampons

---

monte à la tour Eiffel sans ascenseur. Au bout d'un an le commerce de la digitale est dans le marasme et les étudiants ravis acclament mon nom en arrachant de leurs livres de matière médicale les pages consacrées à cette drogue qu'ils n'ont plus à connaître.

Plus tard, — beaucoup plus tard, je ne suis point pressé de cela, — mes traits coulés en bronze orneront quelque place publique. A moins que des jaloux, pour me discréditer, ne s'avisent, en opérant, d'oublier, non pas dans le péricarde (cela s'y roulerait en boule, sans autre dommage) mais dans un ventricule, son lorgnon, quelque pince ou un sphygmographe. Alors, adieu statue; il ne resterait plus de moi que cette flétrissure criée par les mille voix de la presse : « Jack l'Eventreur ! »

Je veux vous conter, pour finir, une histoire qui fournirait à quelque caricaturiste une page des plus amusants dessins. Un de mes maîtres, il y a de longues années, fut appelé près d'une jeune fille qui, par mégarde, en mangeant des prunes, avait avalé un noyau si malencontreusement qu'il était entré dans la trachée. C'était des crises de suffocation épouvantables qui revenaient à tout moment, à telle enseigne qu'on avait proposé la bronchotomie comme unique ressource. Ni la malade ni ses parents n'en voulurent

d'ouate hydrophile qui viennent d'être plongés dans une cuve d'eau salée bouillante dont la température atteint 108 à 110° Dans deux cas très graves, il a obtenu la guérison; deux autres malades ont été seulement améliorés.

Ce mode de traitement a pour effet de détruire sûrement le bacille tuberculeux et est d'une application facile.

Sur l'action de la nucléine

M. G. Sée ; La nucléine est une substance renfermant de l'acide phosphorique et que l'on extrait du noyau des cellules, du jaune d'œuf, de la levure de bière, etc. Cette nucléine se présente sous l'aspect d'une poudre jaune soluble dans les alcalis de bois, et a été employée par le docteur Horbaboczki en injections sous-cutanées aux doses de 2 et 3 grammes ; elle produit une augmentation constante du nombre des globules blancs (leucocytes ou phagocytes), mais n'entraîne pas le moindre symptôme pénible.

Le développement d'une leucocytose interne par la nucléine fait présumer qu'elle doit augmenter d'abord l'inflammation des tissus atteints par les microbes, en favorisant l'émigration des leucocytes vers le théâtre de la lésion. Le fait est aujourd'hui hors de doute; voici une de ses applications : Il s'agit de dévoiler par ce moyen, de démasquer les inflammations latentes, les lésions cachées. Si on est dans le doute sur l'existence, sur la nature d'une de ces altérations, la nucléine peut faire l'effet d'une substance excitante *pyrogène*. C'est l'action révélatrice de la tuberculose qu'il s'agit de reconstituer, mais avec une absence complète de danger.

Dans cinq cas de tuberculose larvée, la nucléine a permis à M. G. Sée de déceler les maladie restée jusque là latente.

La nucléine semble aussi avoir de bons effets dans les pneumonies graves.

La lèpre dans le Midi de la France en 1893

M. Zambaco démontre que la lèpre autochtone existe en France en s'appuyant sur les constatations de M. Strauss qui a trouvé des bacilles dans la peau d'un Breton lépreux.

La lèpre antique existe partout. Elle a ravagé la France pendant plusieurs siècles. Deux mille léproseries environ y ont été créées pour recueillir ses victimes. Aujourd'hui, réduite à des proportions minimes, elle survit toujours, et l'on trouve des lépreux

---

entendre parler. Après de vains efforts plusieurs fois renouvelés pour les amener à accepter cette ultime chance de salut, le chirurgien se retira pour ne plus revenir. A quelques jours de là, il vit entrer dans son cabinet toute la famille. « Eh! bien, docteur, est-ce toujours votre avis qu'une opération peut seule guérir cette enfant? — Absolument, Monsieur. — Vous ne croyez pas que le noyau puisse un jour sortir seul, comme il est entré ? — Je suis convaincu du contraire, Monsieur. — Mais cependant... — A moins d'un miracle », acheva le chirurgien non sans quelque impatience. — « Il est pourtant sorti, cher docteur. » Et tirant de sa poche un papier précieusement plié, le père en sortit, avec un sourire de triomphe, le redoutable corps étranger. Vous voyez le tableau, n'est-ce pas. Mais, la science ne perdant jamais ses droits, mon maître, subitement calmé et très intéressé, s'enquiert quand et de quelle façon cela s'était produit. « C'est hier au soir, lui répondit-on, peu d'instants après que, désespérés et ne sachant plus à quel saint nous vouer, nous eûmes fait boire à la chérie un verre d'eau de Lourdes! » Je vous garantis authentique cette bonne farce de client goguenard.

tant dans le midi que dans le nord de la France. Il doit en être de même dans toutes les contrées de l'Europe centrale.

La lèpre qui survit en France est la vraie lèpre, toujours la même, qu'on la désigne sous le nom de *zaraath*, de *morbus phœnicicus*, d'*éléphantiasis des Grecs*, de *spedalskhed* ou de *dzudham*. Ce n'est ni une lèpre nostras ni une léproïde, mais la lèpre universelle cosmopolite.

Cependant, la civilisation, en améliorant les conditions hygiéniques et le bien-être des populations, a restreint de plus en plus la propagation de la lèpre — qui est une maladie de misère — et diminué le nombre de ses victimes. Un autre bienfait de l'amendement social est de l'avoir atténuée, mais parfois il l'a transfigurée aussi. Ce transformisme a contribué à la faire méconnaître.

C'est parce qu'elle est ainsi dégénérée qu'elle s'est tant soit peu éloignée, parfois, de ses formes primitives, classiques, et c'est aussi parce qu'on avait proclamé que la lèpre avait définitivement disparu de l'Europe centrale, qu'elle passait inaperçue.

La lèpre peut revêtir les formes les plus variées, les plus dissemblables entre elles. Et d'abord, quelle différence n'y a-t-il pas, même entre les deux formes les plus classiques de la lèpre : la léonine et la nerveuse ! Dirait-on, au premier abord, que c'est la même affection ? Les modifications dans son aspect et dans ses allures se multiplient à l'infini, principalement dans les lieux où elle a perdu son caractère d'acuité. Néanmoins, on peut toujours ramener toutes ces mutations aux types primitifs. Et, sans aller plus loin, il y a infiniment moins de différence entre certains cas de sclérodermie et de morphea, et certaines variétés de la lèpre, qu'il n'y en a entre les deux formes typiques de la lèpre : la tuberculeuse et la nerveuse.

Ce sont ces transmutations de la lèpre qui l'ont fait méconnaître et qui ont été cause de la création de nombreuses maladies nouvelles qui ne sont que la lèpre, allégée, métamorphosée, ou bien arrêtée dans son évolution par l'influence du milieu.

La conviction générale que la lèpre n'existe plus en France depuis le moyen âge a fait qu'on a laissé passer inaperçue même la lèpre autochtone tuberculeuse et la lèpre nerveuse la plus évidente. Ainsi, on a qualifié de syringomyéliques des lépreux incontestables. C'est aussi parce qu'il n'était plus question de la lèpre en France, et par inadvertance, que l'on a créé la maladie de Morvan, laquelle n'est pas autre chose que la lèpre mutilante.

Dans ses voyages récents à l'ouest et au midi de la France, toutes les fois qu'il a pu séjourner suffisamment dans une localité, M. Zambaco a découvert la lèpre typique ou tout au moins la lèpre atténuée ou bien se présentant sous une forme suspecte.

Bien des fois les allures de ces manifestations sont larvées ou masquées, mais on peut toujours et quand même les faire rentrer dans la grande classe de la *léprose*, qui comprend autant et même plus de variétés que la scrofulose ou la tuberculose.

Dans les villes où l'enseignement officiel attire les malades et impose une étude minutieuse des affections dont ils sont atteints, on constate, par-ci par-là, des cas de lèpre autochtone classique ou atténuée, diversement qualifiée, selon les idées du jour. Mais dans les pays éloignés des foyers scientifiques, les cas de lèpre classique même, et à plus forte raison ceux de la lèpre atténuée ou transfigurée, passent inaperçus.

Les lépreux du midi de la France, rangés d'après l'intensité de leur affection plus ou moins manifeste, occupent tous les degrés de l'échelle, depuis le type le plus criard de la lèpre léonine, jusqu'à la forme la plus atténuée, la plus fruste.

Les médecins qui suivent le mouvement de la science ont tous accepté les idées de M. Zambaco sur la survivance de la lèpre en France.

Comme M. Strauss, M. le docteur Moriez (de Nice) et M. Roux ont constaté la pré-

sence du bacille lépreux dans deux biopsies pratiquées sur des malades du canton de Nice.

D'autre part, M. le professeur Pitres (de Bordeaux) trouva le bacille sur un malade qu'il rangea définitivement dans la catégorie des lépreux, et chez lequel il avait diagnostiqué la syringomyélie. Cette rectification de diagnostic prête le plus grand appui aux assertions de M. Zambaco et lui permet de soutenir qu'il y a des lépreux parmi les malades considérés jusque-là comme syringomyéliques.

Maintenant, est-ce à dire que le bacille existe chez tous les malades du nord et du midi de la France, qu'aucun léprologue n'hésiterait à considérer comme lépreux, à la simple exhibition de leurs photographies ?

Et si la biopsie de ces malades ne démontrait pas la présence du bacille, en faudrait-il, malgré tout le processus clinique de ces malades, leur refuser droit de cité dans la léprose ? M. Zambaco ne le pense pas, car il n'a point été établi que le bacille soit toujours constatable chez tous les lépreux atteints de la forme nerveuse ou mutilante, sans exsudats, sans tubercules.

Bien que la lèpre existe partout dans le midi de la France, on peut affirmer qu'elle diminue de plus en plus et que le moment de sa disparition totale n'est pas bien éloigné. Sa diminution rapide en Ligurie, où elle sévissait cruellement jusqu'à l'annexion, prouve que le seul moyen de la combattre avec efficacité consiste à améliorer le sort du peuple et partant à le mettre en état de se bien nourrir, d'avoir des habits convenables et de veiller sur la propreté individuelle et ambiante.

Le compte rendu de la Société de chirurgie paraîtra dans le prochain numéro.

BIBLIOTHÈQUE

Pathogénie et traitement des néphrites et du mal de Bright,

par le docteur Labadie Lagrave. Rueff et Cie, éditeur, 1893.

Cet ouvrage est divisé en deux parties ; l'une qui devrait avoir trait à la pathogénie, la seconde au traitement.

La première partie comprend beaucoup plus que la pathogénie, c'est plutôt un traité complet des néphrites dans lequel on trouve l'exposé rapide de toutes les théories anciennes sur le mal de Bright et le résumé très clair et très complet des idées nouvelles. La néphrite par aplasie artérielle de Besançon, la néphrite bacillaire interstitielle de Letzerich, les rapports de l'albuminurie avec la dilatation de l'estomac, avec les affections du foie, y sont tour à tour envisagés; de même aussi la théorie émise par Laffitte à propos de la pathogénie du mal de Bright : on sait que, suivant cet auteur, le mal de Bright serait dû à une intoxication microbienne tenant sous sa dépendance l'ensemble des troubles qui le caractérisent depuis l'œdème jusqu'à l'urémie.

Toutes ces questions sont exposées nettement et rendent cette première partie de l'ouvrage très intéressante.

La seconde partie, concernant le traitement, est plus intéressante encore surtout pour le praticien. Chaque symptôme du mal de Bright est envisagé successivement, l'albuminurie, l'insuffisance rénale, les hydropisies, la cachexie, l'urémie sont examinées tour

à tour, et les nombreuses médications qu'on leur a opposées sont appréciées à leur juste valeur.

Vient ensuite la question de régime et d'hygiène du brightique, tout cela est étudié avec force détails et un esprit critique qui rendent cet ouvrage extrêmement utile et précieux pour tout médecin.

FORMULAIRE

VERNIS ANTISEPTIQUE A L'ICHTHYOL (Unna)

Ichthyol	25 parties.
Acide phénique	22.5 parties.
Amidon.	50 parties.
Eau.	22.5 parties.

COURRIER

Le concours du Bureau central (médecine) s'est terminé par la nomination de MM. Gilles de la Tourette, Beclère et Giraudeau.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Depuis le lundi 8 mai, les conférence à l'amphithéâtre ont été remplacées par des démonstrations pratiques d'anatomie pathologique, faites par M. le docteur Letulle, les lundi, mercredi et vendredi, à deux heures, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

(S'inscrire au laboratoire, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.)

— M. Fiquet est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie.

CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Un concours pour des emplois de chefs de clinique s'ouvrira le lundi 26 juin, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu :

1° *Pour le clinicat chirurgical* : A la nomination d'un chef de clinique ;

2° *Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ;

3° *Pour le clinicat des maladies du système nerveux* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ;

4° *Pour le clinicat obstétrical* : A la nomination d'un chef de clinique.

— Le concours de l'adjuvat s'ouvrira le 15 mai, à midi et demi.

Le jury se compose de MM. Farabeuf, président; Le Dentu; Terrier; Poirier; Delbet.— Suppléants : MM. Panas; Lejars.

CONCOURS POUR TROIS EMPLOIS DE PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'ÉCOLE D'APPLICATION DE MÉDECINE MILITAIRE. — Un concours s'ouvrira le 2 octobre 1893, à l'Ecole d'application de médecine militaire, pour trois emplois de professeur agrégé de maladies et épidémies des armées, de chirurgie d'armée (blessures de guerre), d'hygiène.

En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1re classe et de 2e classe sont seuls admis à prendre part au concours.

Les médecins militaires qui désireraient prendre part au concours adresseront au ministre (7e direction, bureau des hôpitaux), avant le 10 septembre 1893, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

Dans le cas où des emplois de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon deviendraient vacants par suite de l'admission de titulares à l'agrégation, un concours pour leur remplacement s'ouvrirait à l'Ecole du Val-de-Grâce le 4 décembre 1893.

— Le troisième congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux aura lieu à Paris, du 27 juillet au 2 août, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

— Le quatrième congrès international contre l'alcoolisme se tiendra à la Haye dans la seconde moitié du mois d'août prochain.

— C'est le professeur von Esmarch, de Kiel, qui a été élu président du prochain congrès allemand de chirurgie pour 1894.

— Une doctoresse, mistress Sarah Sharman, vient d'être nommée présidente de la Société de chirurgie et de gynécologie du Massachusett.

— Le docteur Haffkine a commencé dans l'Inde l'application de son procédé de vaccination anti cholérique. Plus de 400 personnes ont déjà été inoculées à Agra, sans aucun accident.

Mais, l'occasion ne s'est pas encore offerte de la démonstration de la valeur et de l'efficacité préventives de la méthode.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — M. le médecin de 1re classe Négretti est désigné pour embarquer sur le *Duchaffault*, dans l'océan Pacifique.

— M. le médecin de 1re classe Nodier, est désigné pour occuper la prévôté de l'Ecole de pyrotechnie à Toulon.

— M. Toché, médecin de 2e classe de la marine, a remplacé, comme médecin-chef de l'ambulance de Chaudoc, M. Pillon, médecin de 2e classe des colonies.

— M. le médecin de 2e classe Ehrmann, de Brest, embarque sur l'*Océan*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

Le Cacao van Houten

La huitième chambre du Tribunal de la Seine vient de rendre un arrêt qui prouve une fois de plus qu'en fait de falsifications alimentaires, la jurisprudence des tribunaux se règle sur des principes complètement opposés à ceux que suivent les conseils d'hygiène. Il s'agissait du *cacao van Houten et Zoon*, cette préparation dont les réclames couvrent les murailles et s'étalent en belle place à la quatrième page des journaux. Le parquet de la Seine a intenté une poursuite aux représentants de cette maison, à Paris, sous la prévention d'avoir mis en vente un produit falsifié et nuisible à la santé.

Sur le premier point, il ne pouvait pas y avoir de doutes. Les fabricants ne contestent pas qu'ils enlèvent au cacao 20 pour 100 du beurre qu'il renferme et qu'ils y ajoutent 3 pour 100 de potasse; or, aux termes de la loi, la falsification d'un produit alimentaire consiste dans le fait de mêler à ce produit un élément que la nature n'y a pas mis ou de modifier, par un mélange, les proportions de la composition naturelle.

Quant au second point, les avis des experts ont été partagés. MM. Brouardel et Riche, dont le rapport a servi de base aux poursuites, ont exprimé l'avis que l'addition de la potasse n'était pas inoffensive sous la forme où elle était ajoutée, que les sel de potasse sont surtout dangereux pour les sujets jeunes et pour ceux qui ont les reins en mauvais état.

Les chimistes appelés par la défense, MM. Bardy, Vincent, A. Gautier et Dujardin-Beaumetz, ont émis un avis opposé. D'après eux, l'addition de la potasse est inoffensive, parce qu'elle se trouve dans le cacao van Houten à l'état de phosphate; quant à la suppression d'une partie du beurre, elle constitue un avantage, attendu qu'il ne s'assimile pas facilement. Beaucoup de personnes qui ne peuvent pas digérer le chocolat se trouvent bien du cacao van Houten.

Entre ces avis opposés, émanant de savants d'une égale compétence, d'un savoir et d'une bonne foi qu'aucun soupçon ne saurait effleurer, un conseil d'hygiénistes n'aurait pas hésité un instant à proscrire la préparation incriminée. « Dans le doute, abstiens-toi. » Le Tribunal a fait tout le contraire ; il a pris sur lui de trancher la question ; il a décidé que le *cacao van Houten* n'était pas un produit falsifié et qu'il ne contenait rien de nuisible. En conséquence, il a purement et simplement renvoyé les prévenus des fins de la plainte. Ainsi, d'après cette juridiction, chacun peut à sa guise, au gré de ses intérêts, au nom de théories plus ou moins contes-

tables, modifier nos aliments comme il lui plaît et, pourvu qu'il n'en résulte pas d'empoisonnement immédiat, il n'est passible d'aucune peine et libre de continuer en paix son petit commerce. Cette doctrine peut mener loin en matière de police bromatologique.

De quelques moyens de remédier à la mort apparente par le chloroforme

Au dernier Congrès de la Société allemande de chirurgie, il a été longuement question du choix des anesthésiques. L'éther semble tenir tête au chloroforme dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens qui ont même délaissé l'ancien compagnon de toutes leurs opérations pour adopter l'agent clinique vanté depuis de si longues années par l'Angleterre et l'école de Lyon. Et pourtant l'éther n'a-t-il pas de multiples inconvénients? sa volatilité, qui rend un appareil, quelque simple qu'il soit, indispensable pour son administration, l'énorme quantité qu'il faut en absorber puisqu'il est nécessaire d'en consommer de 100 à 200 grammes pour une opération moyenne; le danger qui en résulte dans les interventions qui dépassent une heure et qui obligent à suspendre de temps en temps l'administration de l'anesthésique pour ne pas saturer l'économie; enfin l'embrase ment des vapeurs de l'éther quand l'emploi du thermo-cautère se trouve indiqué et qui nécessite l'interposition d'un écran entre l'appareil anesthésique et les mains de l'opérateur. Ajoutez à cela que le jeune âge des sujets devient une contre-indication et que les accidents produits par l'éthérisation sont beaucoup plus graves chez les enfants de moins de deux ans que ceux qui peuvent être mis sur le compte du chloroforme.

Et, pourtant, il n'y a qu'à le constater: ce dernier anesthésique est fortement combattu à l'heure qu'il est et cela à cause d'un accident grave dont l'éther serait incapable, nous voulons parler de la mort par syncope; sans discuter sur les causes qui peuvent la produire et sur sa plus grande fréquence, facilement expliquée, du reste, par le beaucoup plus grand nombre d'anesthésies pratiquées aujourd'hui, nous ne nous occuperons que des moyens de la combattre en profitant de l'occasion pour retracer le procédé du docteur Maas, assistant du professeur Kœnig, procédé dont il a été longuement question au Congrès de chirurgie allemande que nous rappelions dans les premières lignes de cet article.

M. de Maas, dans les cas de collapsus survenant dans le cours d'une chloroformisation, exerce sur la région cardiaque des pressions fréquentes destinées à dégager le ventricule droit.

Voilà comment procède ce confrère: en même temps que la respiration artificielle est faite à l'aide de pulsions rythmées sur les parties latérales du thorax, l'opérateur, placé à gauche du malade, exerce avec le pouce et les autres doigts de la main droite des pressions excessivement énergiques sur l'espace situé entre la pointe du cœur et le bord latéral droit du sternum.

Ces manœuvres doivent être répétées environ 120 fois par minute et cela jusqu'à ce que les ampliations thoraciques se produisent spontanément. Après un temps d'arrêt, ces mouvements sont recommencés jusqu'à ce que la circulation soit complètement et définitivement rétablie dans les appareils circulatoire et pulmonaire.

Cette pratique aurait déjà à son actif de nombreux succès, et nous nous permettrons de profiter de cette occasion pour faire connaître à nos lecteurs un procédé qui nous a été enseigné par notre maître le professeur Simon Duplay, procédé très simple dans son application et qui n'en est plus à faire ses preuves dans les cas de syncope chloroformique.

Il consiste à réveiller l'énergie cardiaque par une révulsion immédiate, faite au niveau de la région du cœur.

A cet effet, on trempe une compresse dans de l'eau très chaude, si chaude que la main puisse à peine supporter son contact et on l'applique sur la paroi thoracique au niveau et un peu en dedans et au-dessus du mamelon. La peau rougit immédiatement sous l'effet de ce marteau de Mayor improvisé, et la compresse, dès qu'elle se refroidit, revient prendre à nouveau du calorique dans l'eau presque bouillante et est replacée dans la région indiquée tout à l'heure. Il est même plus commode de se servir d'une pince qui saisit la compresse et évitant les brûlures permet une exécution plus rapide.

Cette révulsion est facile à appliquer dans presque toutes les positions du malade, et elle ne gêne en rien les mouvements de la respiration artificielle, qui devrait être pratiquée en agissant principalement sur les bras de l'individu syncopé, par les procédés de Marshall-Hall ou de Sylvester, décrits partout et sur lesquels ce n'est point ici le lieu d'insister.

Toutes ces manœuvres seront continuées longtemps, pendant près d'une heure, et on n'aura recours à la trachéotomie que lorsqu'elles auront définitivement échoué. E. R.

REVUE DE L'HYGIENE

L'état sanitaire du pays absorbe en ce moment l'attention des hygiénistes. Il ne règne pourtant nulle part de maladie qui puisse inquiéter la population; mais il souffle partout un vent d'épidémie qui, depuis une couple de mois, a fait augmenter notablement le nombre des malades et le chiffre des décès. La situation commence toutefois à s'améliorer. A Paris, du moins, la mortalité diminue sensiblement depuis quinze jours. Elle a eu son apogée du 16 au 22 avril 1893. Elle s'est élevée, cette semaine-là, à 1,673 décès, avec un excédant de 579 sur la moyenne d'avril, qui est de 1,094. Pendant la semaine suivante, elle est tombée à 1,355, et, enfin, dans la dix-huitième, c'est-à-dire du 30 avril au 6 mai, elle s'est réduite à 1,162, ce qui le rapproche de la moyenne.

Les épidémies régnantes. — La diminution que nous venons de signaler a porté presque exclusivement sur les vieillards et sur les affections de poitrine, enregistrées sous la rubrique de bronchites, de broncho-pneumonies, de pneumonies, de congestions pulmonaires, mais qui se rapportent en réalité, dans l'immense majorité des cas, à l'influence épidémique qui règne dans la France entière et qui n'est qu'un retour agressif de la grippe qui a sévi il y a quatre ans. Toutefois, les bulletins portant le diagnostic *grippe* sont encore au nombre de 52 cette semaine.

Le *typhus exanthématique* reste stationnaire. Il y a tous les jours une ou deux entrées à l'Hôtel-Dieu (annexe), qui contient encore une vingtaine de malades. Le Conseil de sur-

veillance de l'Assistance publique s'en est occupé, ces temps derniers. L'installation ne lui a pas paru suffisante. Il a pris le parti de demander d'urgence au ministre de la guerre, un des postes-casernes des fortifications qui sont actuellement inoccupés. Déjà e bastion 36 sert d'hôpital de réserve pour les cas d'épidémie cholérique, celui que l'Assistance publique vient de demander, servira de dépôt pour les convalescents de typhus. Quant à l'épidémie qui avait débuté à la prison de Beauvais, au mois d'avril, des mesures sont prises pour empêcher sa transmission à l'extérieur. (Communication de M. le Directeur Monod, au Comité consultatif d'hygiène publique.) A Lille, l'épidémie vient de faire une nouvelle victime, dans la personne de M. Dieudonné, avocat, attaché au parquet, qui a contracté la maladie en accompagnant le juge d'instruction à la prison.

— Le *choléra* continue à régner dans les départements de l'Ouest.

D'après le compte rendu fait par M. Monod, au Comité consultatif d'hygiène publique, le 9 mai, il y a eu du 1er au 7 de ce mois, dans le Morbihan, 28 cas et 12 décès, répartis entre onze communes. A Lorient, il continue à régner avec quelque intensité.

Dans le Finistère, il a, comme on le sait, éclaté à l'asile d'aliénés de Quimper, de là il est descendu dans la ville et, dans les trois premiers jours du mois, il y a eu plusieurs cas très rapidement mortels. On a compté en tout, du 1er au 8 mai, 11 cas et 7 décès. Il restait à cette dernière date trois malades en traitement.

Dans la Vendée, il y avait eu, au 4 mai, douze décès par choléra, dont sept aux Sables-d'Olonne ; on a enregistré depuis cinq nouveaux cas et un décès.

On mande de Bessarabie que le choléra y a fait son apparition et on signale, d'autre part, des cas isolés à Savatoff et à Astrakan.

La scarlatine s'est déclarée, il y a quelques jours, à l'école de Saint-Cyr, 7 élèves en ont été atteints; mais aucun d'eux n'inspire d'inquiétudes. Tous les cas sont sans gravité. L'isolement des malades est complet. Ils sont traités dans une salle à part de l'infirmerie qui, comme on le sait, est très vaste et situé à une certaine distance de l'école même.

Commerce de la glace à Paris. — Le Conseil d'hygiène, dans sa séance du 20 janvier dernier, s'était occupé du danger que peut faire courir à la population de Paris la glace récoltée sur les étangs et les lacs de la banlieue; il avait chargé une commission de lui présenter un rapport sur la question (1). M. Riche a lu son rapport à la séance du 5 avril. Le travail de la commission a été l'objet d'une discussion sérieuse dans cette séance et dans le cours de la suivante; le Conseil en a voté lundi les conclusions et a proposé au préfet de police de rendre une ordonnance conçue dans les termes suivants :

1° Il est interdit à tous marchands, fabricants, dépositaires ou débitants au détail quelconques, de vendre ou de mettre en vente, pour les usages alimentaires, de la glace qui ne serait pas fabriquée avec l'eau des sources d'alimentation de la ville de Paris et donnant par la fusion de l'eau non potable.

2° Les fabricants et dépositaires de glace *alimentaire* ou *industrielle* seront tenus de loger leurs produits dans deux locaux entièrement séparés. L'un de ces locaux sera réservé à l'emmagasinage de la glace non pure exclusivement destinée aux usages industriels. L'autre sera affecté à la conservation de la glace pure destinée aux usages alimentaires.

Sur la porte de chacun des locaux sera placée une inscription ainsi conçue : *glace alimentaire* (inscription sur fond blanc) ou *glace non alimentaire* (inscription sur fond rouge), suivant la nature de la glace renfermée dans chacun d'eux.

(1) *Union médicale* du 2 février 1893, n° 14, p. 157.

3° Les véhicules employés au transport de la glace porteront les inscriptions sus-indiquées selon qu'ils seront affectés au transport de la glace *alimentaire* ou de la glace *non alimentaire*. Dans aucun cas, ces véhicules ne pourront être employés au transport d'une catégorie de glace autre que celle désignée par l'inscription dont ils seront revêtus.

4° Les débitants au détail seront également tenus d'avoir deux réservoirs, sans communication entre eux, affectés : l'un à la glace *alimentaire*, l'autre à la glace *non alimentaire;* l'un et l'autre porteront les inscriptions distinctes ci-dessus prescrites. Les débitants au détail qui ne pourraient avoir les deux réservoirs ne devront vendre que de la glace *alimentaire*.

Les viandes malsaines à Paris. — Dans la Revue de l'hygiène du 9 férier dernier, en rendant compte d'essais faits en Allemagne pour arriver à détruire les germes contagieux dans les viandes suspectes, à l'aide de la vapeur surchauffée, nous faisions ressortir l'avantage qu'il y aurait en France à employer des procédés semblables dans nos abattoirs pour rendre les viandes saisies inoffensives et pouvoir les livrer sans danger à la consommation, au lieu de les détruire ou de les envoyer au Jardin des Plantes. Le relevé des saisies opérées par le service de l'Inspection de la boucherie, pendant l'année 1892, vient d'être publié par la Préfecture de police. Il apporte l'appui de ses chiffres à à notre manière de voir.

Le nombre des saisies opérées a été, pendant l'année dernière, de 28,583, représentant 922,277 kilogrammes de viandes. La majeure partie provenait d'animaux atteints de tuberculose (406), de péripneumonie (522), de fièvre aphteuse (349) et de gale (727). On n'a trouvé qu'un seul animal charbonneux.

Les saisies ont été opérées sur tous les points de Paris, mais surtout aux abattoirs et aux Halles centrales; cependant, on remarque que 1,065 kilogrammes de viande de porc ont été saisis à la foire aux Jambons, tandis qu'on n'en a arrêté que 786 dans les abattoirs, les halles, les marchés de quartier et les charcuteries.

Comme il est bien évident qu'on n'a pas saisi toutes les viandes malsaines, il est à peu près certain que, si celles qui ont échappé à la surveillance n'ont pas causé plus d'accidents, cela tient à la cuisson. Pour la viande de porc, il n'y a pas de doutes, et nous aurions vraisemblablement à subir des épidémies de trichinose comme celles qu'on signale si fréquemment en Allemagne, si nous avions, comme dans ce pays, la mauvaise habitude de manger le lard cru, tandis que nous le faisons toujours cuire à fond, avant de le consommer.

La conclusion à tirer de cette statistique, c'est qu'il faut redoubler de surveillance dans les marchés et les abattoirs, qu'il faut supprimer les tueries particulières, organiser l'inspection de la boucherie dans toutes les villes et, en attendant, faire bien cuire la viande avant de la manger.

La vaccination dans les écoles. — Le ministre de l'instruction publique vient de prendre une mesure à laquelle les hygiénistes applaudiront de toutes leurs forces. En appelant l'attention des préfets sur les mesures à prendre dans les écoles en cas d'épidémie, il a plus directement visé la variole, et leur a fait connaître que, d'accord avec son collègue de l'intérieur et conformément à un vœu émis par l'Académie de médecine, il a décidé que deux cents médailles, de vermeil, d'argent ou de bronze, seraient attribuées tous les ans, aux instituteurs et aux institutrices qui auront montré le plus de zèle pour la revaccination des enfants dans les écoles primaires publiques et qui auront réuni les statistiques les plus complètes sur les opérations vaccinales. La liste des propositions à soumettre au ministre sera dressée par l'Académie de médecine.

Déjà, par un arrêté en date du 29 décembre 1888, basé sur le décret du 18 janvier 1887, il avait prescrit d'exiger de tout enfant, avant de l'admettre dans les écoles, un certificat médical constatant qu'il a été vacciné ou qu'il a eu la petite vérole et qu'il n'est pas atteint de maladies ou d'infirmités susceptibles de nuire aux autres élèves. De plus, aux termes de cet arrêté, lorsque l'enfant a atteint sa dixième année, il doit, pour être admis ou maintenu à l'école, être revacciné par les soins du médecin attaché à l'établissement.

Cet arrêté n'a pas été exécuté dans tout le pays, tant s'en faut. Cependant en 1890, le maire du treizième arrondissemnt a fait revacciner tous les enfants remplissant les conditions du décret, et sur 1,204 élèves qui se trouvaient dans ce cas, il ne s'en est trouvé que 26 qui ont été exemptés de subir cette opération par respect pour la volonté paternelle nettement formulée. (1).

L'autorité ne pourra pas faire davantage tant que les Chambres n'auront pas voté la loi sur la vaccination obligatoire, qui est pendante devant elles depuis 1880 et qui a été sanctionnée par les votes de l'Académie de médecine, du Comité consultatif d'hygiène publique et de la Société de médecine publique.

Rappelons à ce sujet que, bien que nous soyons en possession de la vaccine depuis plus d'un siècle, la variole fait encore périr, en France, environ 14,000 personnes par an (2).

Les médecins militaires l'ont déjà chassée de l'armée par la revaccination à outrance ; si ceux des écoles pouvaient agir avec la même vigueur sur les cinq millions d'enfants des écoles primaires (3), les ravages de la variole seraient bientôt réduits à peu de chose.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1893. — Présidence de M. Périer.

De l'œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage

On se souvient du rapport de M. Chauvel dans la dernière séance, et c'est à ce propos que M. Berger prend la parole. L'avis de ce chirurgien est qu'on est autorisé à faire quelques tentatives d'extraction par les voies naturelles, mais qu'il faut se mettre en garde contre la tentation qui vous pousse à insister sur ces moyens à la portée de tous, surtout dans le cas de corps étrangers irréguliers. Certes, dit-il, et il en cite un cas, on a vu un dentier arrêté dans l'œsophage, et y produisant de graves accidents, se dégager tout d'un coup et être rendu par l'anus; mais ces faits sont tellement exceptionnels que le chirurgien doit toujours se tenir prêt à pratiquer l'œsophagotomie à la moindre résistance de sortie. Celle-ci devra être faite sur la ligne médiane, ce procédé, attribué par lui à Richet, ne lui appartient pas; mais M. Berger est persuadé qu'il a été pratiqué déjà

(1) Docteur Mangenot, sur la revaccination obligatoire dans les écoles de Paris (*Revue d'hygiène*, 1890, T. XII, p. 634).

(2) Docteur Brouardel : Discussion sur la dépopulation de la France. (*Bulletin de l'Académie de médecine* 1890, t. XXIV, p. 633.)

(3) La population des écoles primaires de toutes sortes s'élevait en 1881 à 5,049,363. (*Annuaire statistique de la France*, 1883, p. 249.)

souvent par d'autres confrères. La voie latérale est une erreur, elle mène sur des organes importants qu'il faut éviter, et pas directement sur la trachée, qu'il faut rechercher comme point de repère. En s'aidant d'une bougie à olives introduite dans l'œsophage, on découvre ainsi facilement cet organe.

M. Berger préfère aussi le tamponnement avec de la gaze aseptique à la réunion de la plaie avec ou sans drainage, et il cite le complément de sa dernière observation où la plaie non réunie était cependant cicatrisée au bout de quinze jours.

A ce propos, M. Th. Anger cite le cas d'une vertèbre de queue de cochon arrêtée dans l'œsophage, qui nécessita l'œsophagotomie. Celle-ci, faite par la voie latérale, permit d'arriver sans difficulté sur le canal alimentaire, mais le malade refusa de se nourrir et mourut quatre jours après l'intervention.

Atrésie du col produite par le chlorure de zinc

C'est sur une observation portant ce titre, due au docteur Dayot (de Rennes), que M. Picqué fait un rapport. A la suite du traitement par les crayons de chlorure de zinc, les règles cessèrent et les trompes se tuméfièrent. La laparotomie et l'ablation des annexes furent pratiquées et la malade guérit sans aucun incident

M. Picqué profite de cette occasion pour mettre en relief les avantages du curettage, ou même des pansements intra-utérins à la gaze iodoformée en raclant préalablement la muqueuse avec un tampon, ainsi que le pratique souvent M. Périer.

Dans un cas analogue à celui de M. Dayot, M. Picqué a pratiqué l'hystérectomie, l'ablation des annexes par la laparotomie n'ayant pas suffi.

C'est, en effet, l'hystérectomie vaginale que M. Reclus va pratiquer à une malade atrésiée par le chlorure de zinc, aujourd'hui en traitement dans son service. Il a cependant obtenu, dans un cas, un bon résultat en se servant d'un crayon fait avec cette substance.

Vomissements incoercibles de la grossesse ; curettage ; continuation de la grossesse

C'est encore sur un fait curieux de M. Dayot que M. Picqué fait un second rapport dans lequel il montre la tolérance de l'utérus gravide pour certaines interventions chirurgicale. Ni l'hystérométrie ni le curettage, incomplet il est vrai, ne provoquèrent l'avortement, et M. Picqué cite un cas de M. Périer dans lequel l'ablation d'un col épithéliomateux n'interrompit pas le cours de la grossesse.

Résection tibio-tarsienne pour une fracture bimalléollaire

Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans, qui se fit une fracture bimalléolaire irréductible, et qui n'entra à l'hôpital que 20 jours après l'accident. M. Roux, de Marseille, dut pratiquer la résection tibio-tarsienne et, trouvant la mortaise comblée par le col, il en créa une nouvelle avec la scie, la gouge et le maillet. La guérison fut complète et les mouvements du pied sont à l'heure qu'il est possible. M. Chauvel, qui fait un rapport sur cette observation eut préféré ne pas sacrifier la malléole péronière qui conserve au cou-de-pied sa solidité.

Les essences comme antiseptiques

M. Lucas Championnière essaie de remplacer dans son service les antiseptiques toxiques, ou d'odeur désagréable, par certaines essences antiseptiques aussi. De ce nombre est l'essence de cannelle, déjà employée par les Egyptiens pour leurs embaume-

ments, et que M. Chamberland, après des recherches de laboratoire, considère comme plus antiseptique que le sublimé lui-même. Il a essayé l'essence de cannelle.

Toutefois, celle-ci, en raison de son peu de solubilité dans l'eau, est irritante pour la peau ; aussi, était-il nécessaire pour s'en servir de l'incorporer dans un dissolvant. Or, précisément, il résulte des recherches faites par son interne en pharmacie que le retinol est un excellent dissolvant de l'essence de cannelle, et que la solution à 1 0/0 ainsi obtenue n'est nullement irritante.

Il importe, toutefois, pour que cette solution ne s'altère pas à la lumière, que l'essence de cannelle soit rectifiée, et le produit ainsi obtenu porte le nom de cinnamol. Le cinnamol est également avantageux employé en pommades composées de cinnamol, rétinol et cire. Des plaies aseptiques guérissent très bien sous un lint recouvert de cette pommade.

Il a fait, de plus, des expériences sur les essences de verveine et de géranium, et les résultats obtenus sont analogues.

Un détail à noter, c'est que ces essences sont absorbées et passent facilement dans les urines, ce qui peut donner lieu à de nouvelles applications.

Traitement de certaines fractures du coude par l'enchevillement des fragments

M. Tuffier présente les observations de deux malades opérés ainsi, il y a déjà plusieurs mois, et peut donc donner des résultats éloignés. Chez l'un, jeune homme de dix-sept ans, il y avait trois fragments huméraux, dont la coaptation était rendue impossible par interposition d'un corps étranger, il résolut de fixer ces fragments.

Il fit une incision sur le bord externe du coude et constata la présence, entre les fragments, d'un faisceau musculaire ; il libéra complètement le trait de fracture et embrocha, après perforation transversale, l'extrémité inférieure de l'humérus avec un os de veau non décalcifié. La suture par plan réussit à merveille. Le malade guéri avec une intégrité presque complète de ses mouvements ; l'extension et la flexion sont seulement un peu diminués.

Dans un deuxième fait, les choses se passèrent exactement de même quoique la fracture fût moins facile à fixer. Il s'agissait d'un trait de fracture transversal d'où partait un trait vertical allant vers l'articulation et séparant l'extrémité articulaire au niveau de la trochlée. Les mouvements sont restés un peu moins étendus que dans le premier cas, mais permettent cependant au malade de vivre de son travail.

M. Tuffier rapproche un troisième malade porteur d'une fracture ancienne du coude et dont une consolidation vicieuse empêchait la flexion. L'apophyse coronoïde venait buter en avant. Il dut creuser une cavité coronoïde, réséquer une partie de l'apophyse coronoïde et suturer ensuite. Le malade a recouvré la flexion dépassant l'angle droit, et par suite presque toutes les fonctions du membre.

M. Routier rappelle qu'il a employé deux fois les fragments d'os frais pour encheviller des pseudarthroses et que l'un des premiers il a employé ce procédé en France. M. Quénu, croit qu'il faut, comme on vient de le dire, opérer et faire les ablations osseuses les plus parcimonieuses, il cite une observation chez un enfant, où à l'aide d'une légère intervention il put rendre les mouvements. Il lui suffit d'abattre une saillie de l'apophyse coronoïde. M. Félizet, pense qu'il y a chez les enfants une cause de raideur mal connue. A côté des esquilles, il y a souvent un décollement épiphysaire et à ce niveau naît une saillie osseuse qui fait obstacle à la flexion. Il a vu trois fois dans des fractures anciennes cette exostose traumatique constituer un obstacle à la flexion et

dans les trois cas il lui a suffi de faire sauter avec la gouge cette exostose pour rétablir le mouvement.

Au cours de la séance, M. Michaux est élu membre titulaire.

Eugène ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mai 1893.— Présidence de M. FERNET.

Ostéo-orthropathie hypertrophiante pneumique chez l'enfant. Forme aiguë et curable.

M. MOIZARD. — Dans son mémoire paru en janvier 1890, dans la *Revue de médecine*, M. Marie reconnut la nécessité de séparer de l'acromégalie, dont il avait donné une description magistrale, certains faits d'ostéo-arthropathie, survenus dans le cours d'affections chroniques pleuro-pulmonaires non tuberculeuses.

A propos d'un malade observé dans le service de M. Gouraud, M. Marie admettait qu'à côté de l'acromégalie on devait décrire des troubles trophiques des extrémités oss euses en différant par leur aspect clinique, leurs localisations, et leur rapport avec des lésion, chroniques de l'appareil pleuro-pulmonaire.Ilmontrait que plusieurs observations antérieures, (celles des frères Haguer, publiée par Friedreich en 1868, celles de MM. Fraentzel, Ewald, Saundby), qui avaient été publiées sous le nom d'acromégalie, n'appartenaient pas à cette dernière affection.

M. Marie créait ainsi l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Il rapprochait de ces déformations survenues dans le cours d'affections chroniques, non tuberculeuses du poumon, les déformations des doigts de la tuberculose pulmonaire, et il rappelait que le professeur Bamberger, disait en 1889, avoir observé plusieurs cas de doigts hippocratiques chez des individus atteints uniquement de dilatation des bronches sans tuberculose. Il concluait que les faits qu'il étudiait étaient, au point de vue morphologique, comme au point de vue pathogénique, un phénomène du même ordre que les doigts hippocratiques de la tuberculose pulmonaire ou de la dilatation des bronches, c'est-à-dire toujours sous la dépendance d'une affection pulmonaire antérieure.

D'autres observations vinrent bientôt s'ajouter à celle de M. Marie, et confirmer sa théorie de l'ostéo-arthropathie pneumique. Trois examens microscopiques (Bamberger, Lefèvre, Rauzier), établirent qu'il s'agissait dans ces cas, d'ostéo-périostite subaiguë avec hyperplasie et condensation de l'os; au point de vue chimique, les os atteints différeraient des os sains par l'augmentation des matières organiques, surtout de la graisse, et par la diminution des matières minérales, notamment du phosphate de chaux.

Depuis la thèse de Lefèvre (1890), on a publié des faits d'ostéo-arthropathie pneumique survenue chez l'enfant (Moussous-Gillet) et développée dans le cours d'affections pleuro-pulmonaires aiguës. Il est à remarquer, dans ces cas, que lorsque l'affection pleuro-pulmonaire guérissait, les lésions de l'ostéo-arthropathie s'atténuaient ou disparaissaient.

M. Moizard a observé récemment deux cas de ce genre survenus chez des enfants de six et de cinq ans. La première observation peut se résumer ainsi : pleuro-pneumonie ; pleurésie purulente métapneumonique terminée par une vomique ; lésions d'ostéo-arthropathie pneumique développées un mois après le début des accidents pulmonaires et limitées aux phalangettes des doigts.

Dans le deuxième cas, il s'agissait aussi de lésions d'ostéo-arthropathie pneumique limitées aux phalangettes des doigts et développées presque dès le début d'une pleurésie purulente métapneumonique ayant évolué sans fièvre ; empyème guéri en 28 jours;

l'ostéo-arthropathie s'atténue rapidement et parallèlement à la diminution des lésions pleurales. M. Moizard présente à la Société l'enfant qui fait le sujet de cette observation; les phalangettes des doigts sont actuellement à peu près normales. Il montre aussi un moulage pris au moment où les lésions de ces phalangettes étaient à leur maximum.

Il y a donc eu, dans ce cas, rétrocession bien nette des lésions d'ostéo-arthropathie. A côté de l'ostéo-arthropathie chronique et persistante que l'on avait décrite jusqu'à présent, il y a donc lieu, en réunissant le fait de Moussous, ceux de Gillet et ceux de M. Moizard, de décrire une forme aiguë de l'affection, caractérisée par la production rapide des lésions et par leur curabilité.

M. Marfan a observé trois cas semblables à ceux que M. Moizard vient de rapporter. L'un était consécutif à une pleurésie purulente, le second à une dilatation bronchique; quant au troisième, il n'avait pas une origine pneumique, mais était survenu au cours d'une pyélo-néphrite.

Sur la gastrite hyperpeptique

M. Hayem fait sur ce sujet une longue communication, dans laquelleil établit tout d'abord que la dyspepsie nerveuse est plus rare qu'on ne le croit. Chez l'homme, l'estomac est un organe extrêmement délicat, déjà fortement compromis dans le jeune âge. Aussi dans les autopsies les plus diverses rencontre-t-on fréquemment les lésions de la gastrite chronique. Après avoir décrit l'anatomie normale des glandes de l'estomac, M. Hayem propose d'admettre trois variétés de gastrite chronique: gastrite hyperpeptique; gastrite atypique; gastrite muqueuse.

La première est caractérisée par une irritation des éléments cellulaires des glandes amenant l'hypertrophie et la multiplication de l'épithélium peptique préexistant, en même temps que l'apparition d'éléments semblables dans les points où il n'en existe pas normalement. Elle comprend un certain nombre de sous-variétés: gastrite hyperpeptique pure, typique, dans laquelle il n'y a aucune altération du tissu interstitiel; gastrite hyperpeptique atténuée, atypo-hyperpeptique; gastrite hyperpeptique mixte ou gastrite hyperpeptique et interstitielle.

La gastrite hyperpeptique présente dans son évolution trois périodes :

1° Période de début. Les tubes glandulaires sont gonflés, granuleux avec prolifération active de l'épithélium. Dans la région pylorique il y a apparition de cellules peptiques. L'épithélium de la surface et celui de la partie excrétante des glandes est intact; stase capillaire.

2° Période d'état. Lésions glandulaires plus accentuées: hypertrophie et multiplication active des cellules peptiques. Dans les cas typiques, l'altération est généralisée et les glandes de la région pylorique deviennent absolument semblables à celles de la région peptique. Le tissu interstitiel n'est pas encore altéré.

3° Période terminale ou de sclérose. Régression progressive des glandes, hypertrophie du tissu interstitiel, sclérose.

BIBLIOTHÈQUE

La désinfection publique, par le docteur Jules Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de Lille. — Paris, J. Rueff et Cie, éditeurs (1893).

L'ouvrage que le savant professeur de Lille vient de livrer à la publicité est consacré à la question la plus délicate et la plus importante de l'hygiène contemporaine. C'est aussi celle qu'on étudie avec le plus d'ardeur et qui se transforme le plus rapidement.

L'ouvrage remarquable de M. Vallin l'avait déjà traitée d'une manière magistrale; mais il a onze ans de date, les choses ont changé depuis et des travaux sans nombre ont été publiés sur ce sujet, M. Arnould, dont l'érudition est connue de tous ceux qui s'occupent d'hygiène, a analysé et apprécié tous ces matériaux avec sa haute compétence; il y ajoute les fruits de son expérience personnelle et il en a fait un livre très complet absolument à jour, et qui a sa place dans toutes les bibliothèques médicales.

Il l'a divisé en trois chapitres :

Le premier est consacré à l'étude des maladies dans lesquelles il faut désinfecter. Il les divise en trois classes : celles qui exigent toujours la désinfection; celles qui ne l'entraînent que dans des circonstances particulières; enfin, celles qui n'exigent pas la désinfection générale. Cette partie de l'ouvrage est absolument originale; elle expose l'état actuel de nos connaissances sur le mode de transmission des maladies contagieuses.

Le second chapitre est consacré aux *désinfectants,* à leur classification, à l'appréciation de leurs effets, à l'exposé de leur mode d'emploi.

Le troisième chapitre s'occupe de la pratique de la désinfection, suivant qu'elle s'applique aux locaux, aux objets ou aux hommes. Il traite de son personnel et de son outillage; il reproduit les règlements et les instructions qui la concernent, et termine par l'exposé de l'état actuel de la désinfection publique en France et à l'étranger.

Jules Rochard.

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — En exécution de l'arrêté ministériel du 15 mai 1885, un concours pour une place de *chef de clinique opthalmologique* s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy, le lundi 29 mai 1893, à huit heures du matin.

La durée des fonctions est de *trois années* et le traitement annuel est de 1,000 francs.

Sont admis à concourir, les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, *à la condition d'être docteurs dans les six mois.*

La place de chef de clinique est incompatible avec celle de chef des travaux, de préparateur et d'aide dans les différents laboratoires.

Les épreuves sont au nombre de trois :

1° Une question écrite sur un sujet de pathologie oculaire avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent;

2° Une leçon clinique d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades;

3° Une épreuve pratique, déterminée par le jury, de médecine opératoire spéciale, avec démonstration ou application d'instruments, et une épreuve d'anatomie physiologique ou pathologique spéciale.

La durée de cette épreuve sera fixée par le jury.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine avant le vendredi 26 mai, à quatre heures. Ils auront à produire leur acte de naissance, leur diplôme de docteur ou un certificat constatant qu'ils ont subi la deuxième partie du cinquième doctorat.

— Le laboratoire de pathologie comparée du Muséum, construit sur les plans de M. Chauveau, a été inauguré mardi dernier. La leçon d'ouverture a été consacrée à

'exposé de l'organisation du laboratoire, ou plutôt des laboratoires différents qui relèvent de la chaire. L'installation matérielle est non seulement très belle, mais, ce qui est mieux encore, fort bien comprise, et on ne peut que féliciter le Muséum d'histoire naturelle du nouveau centre d'études qu'il a ainsi créé. Les leçons de M. Chauveau se font les mardis, jeudis et samedis, à deux heures un quart, dans la salle de cours du laboratoire même. (*Revue scientifique.*)

— M. le docteur Ward, médecin de la mission Mizon, a été blessé récemment dans son duel avec M. Méry. M. le docteur Ward a été atteint au genou droit (plaie des parties molles).

— M. le docteur Villemin, chef de clinique chirurgicale, vient de se fracturer la jambe en tombant de bicyclette. Nous prenons une vive part au dommage causé par cet accident à notre camarade, qui, de ce fait, n'a pu prendre part à la 3e épreuve du concours pour le bureau central (chirurgie).

— La Société des sciences médicales de la Côte-d'Or organise une exposition d'hygiène à Dijon, qui aura lieu du 10 au 30 juillet prochain.

— L'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris vient d'être reconnue d'utilité publique, par décret du 15 avril 1893.

Nécrologie. — MM. les docteurs Cambassèdes (du Vigan), Dupinet (de Payzac), J. Farcy (de Casteau-Thieusis), Pinget (du Villard), Prevost (d'Harbonnières), Prungé (de Déols).

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

Brest. — MM. 1. Guézennec ; 2. M. Dubut ; 3. F. Kergrohen ; 4. Laugier ; 5. Vergos ; 6. Négadelle.

Cherbourg. — MM. 1. Deblenne ; 2. Fras ; 3. Branellec ; 4. Salaun ; 5. Nollet.

Lorient. — MM. 1. Bahier ; 2. Thamin ; 3. Ropert ; 4. J. Kergrohen.

Rochefort. — MM. 1. Gouyon de Pontouraude ; 2. Dufour ; 3. David ; 4. Julien-Laferrière ; 5. Mialaret ; 6. Morain ; 7. Gorron ; 8. Touchet ; 9. Lassabatie ; 10. Planté ; 11. Torel ; 12. Tardif ; 13. Machenaud.

Toulon. — MM. 1. Durand ; 2. Gauran ; 3. Ourse ; 4. de Bonadona ; 5. Amouretti ; 6. Cauvet ; 7. Aubert ; 8. Pons ; 9 Jabin-Dudognon ; 10. Sibaud ; 11. Durbec ; 12. Philip ; 13. Boutin ; 14. Couteaud ; 15. Théron ; 16. L. Alix ; 17. Barrême ; 18. Curet ; 19. Raffaëlli ; 20. Cognes ; 21. Poulain.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

DE LA RÉUNION IMMÉDIATE APRÈS L'OPÉRATION DE LA FISTULE ANALE,

Par le docteur P. Bazy, chirurgien des hôpitaux.

La lenteur de la cicatrisation des plaies résultant des fistules anales a toujours préoccupé les chirurgiens et l'on sait que Chassaignac avait tenté d'abréger la durée de la guérison, en réunissant les lèvres de la plaie opératoire résultant de l'incision; seule l'application des procédés antiseptiques a permis de réaliser ce desideratum.

Pour ce qui me concerne, dès 1892, étant chef de clinique du professeur Richet, et après avoir vu une tentative dirigée dans ce sens par mon maître et ami M. Pozzi, j'avais essayé cette réunion par première intention; j'ajoute que j'ai complètement échoué. Le cas, il faut le dire, était des plus mauvais, et ne se prêterait peut-être pas, même maintenant que j'ai opéré avec succès plus de trente cas difficiles, à une réunion immédiate. Il s'agissait de fistules anales extra-sphinctériennes dont les orifices externes étaient situés loin de l'anus sur les bords du coccyx et du sacrum, et dont les orifices internes étaient situés très haut. Le but que je me proposais en tentant la réunion immédiate n'était pas surtout la guérison rapide, mais surtout la possibilité de rétablir, après l'avoir sectionné, la continuité du sphincter anal, afin de prévenir l'incontinence pour les matières liquides ou les gaz.

A mon avis, c'est là l'indication de beaucoup la plus importante de la réunion immédiate après l'incision des fistules anales, et c'est pourquoi, contrairement à ce qui a été dit par quelques-uns de nos collègues, en 1887, à la Société de chirurgie, c'est surtout aux fistules extra sphinctériennes qu'il faut l'appliquer, c'est-à-dire à ces fistules de l'espace pelvi-rectal inférieur, beaucoup plus fréquentes que ne l'a un moment pensé et dit M. Reclus.

Au demeurant, ainsi que je l'ai dit dans la thèse de Surel, faite sous mon inspiration en 1890, au point de vue de la gravité et au point de vue de l'opération et des indications des procédés de traitement, comme du reste au point de vue de la symptomatologie, il faut diviser les fistules anales en fistules sous-muqueuses ou intra-sphinctériennes et en fistules extra-sphinctériennes. Je laisse de côté les fistules, rares d'ailleurs, de l'espace pelvi-rectal supérieur, et aussi les fistules ostéopathiques.

Evidemment, la réunion par première intention est indiquée dans les deux cas; mais, tandis que, dans le premier cas, elle n'a pour but que la rapidité de la guérison (et c'est à ce point de vue seul que s'est placé Longo dans sa thèse [1887], malgré mes reflexions), dans le second, au contraire, et c'est sur ce point que j'insiste, et que Surel a mis en relief, la réunion immédiate a pour but la réunion du sphincter divisé, la réparation certaine

de ce que le bistouri vient de détruire. Il faut, en un mot, se comporter ici comme on se comporte dans les cas de déchirure du sphincter à la suite de l'accouchement. Quel but principal se propose-t-on quand on fait la périnéorrhaphie pour une déchirure complète du périnée? Celui de rétablir le sphincter anal. L'opération est une sphinctérorrhaphie. Que la solution de continuité du sphincter anal se produise par le mécanisme de la déchirure, qu'elle se produise par le mécanisme de la section ou de l'incision, elle n'en existe pas moins avec toutes ses conséquences, conséquences d'autant plus sensibles que le sphincter aura été divisé dans plus d'endroits, comme cela arrive pour les fistules anales, qu'il n'est pas rare de voir doubles, et dont l'incision peut amener une double incision du sphincter.

La reconstitution du sphincter anal est, pour moi, une indication si réelle, si nette et si impérieuse que, dans deux cas cités dans la thèse de Surel, j'ai fait une sphinctérorrhaphie pour rétablir la continuité du sphincter sectjonné dans des opérations faites antérieurement par d'autres chirurgiens.

Ce sont donc les malades à fistules extra-sphinctériennes qui bénéficient le plus de la réunion immédiate; j'ajoute que cette réunion me paraît si désirable que, si elle ne se faisait pas primitivement, on devrait la faire ultérieurement par une vraie sphinctérorraphie après avivement, comme je l'ai fait dans les deux cas auxquels je fais allusion plus haut.

Les fistules intra-sphinctériennes des sous-muqueuses et les fistules qui passent au milieu des fibres du sphincter gagnent évidemment beaucoup à être traitées par la réunion immédiate; la durée de la cure est très abrégée; les soins consécutifs sont moins prolongés; mais c'est tout: car la cure, pour être parfaite et régulière, n'exige pas un repos absolu au lit, et une plaie bourgeonnante à l'anus est parfaitement compatible, quand elle est bien pansée, avec les exigences d'une vie passablement active. C'est dire que ce n'est pas la crainte de voir prolonger leur séjour dans leur lit qui m'engagerait à traiter les fistules des tuberculeux, mais le désir tout naturel de les guérir aussi vite que les autres.

Les soins préparatoires que j'ai l'habitude de prendre consistent dans deux purgations que je donne quatre jours et deux jours avant l'opération. Après la deuxième purgation, je ne donne que du lait. La veille, un grand lavement, et je donne de l'opium immédiatement après.

Ces précautions sont bonnes; cependant, il ne faudrait pas croire que le contact des matières fécales, au moment de l'opération, avec la plaie opératoire fut un obstacle absolu à la guérison. Dans deux cas que j'ai opérés il y a un an et demi, à l'hôpital Lariboisière, j'ai vu des matières fécales souiller la plaie; j'ai lavé vigoureusement et la réunion immédiate a été obtenue. Je n'étonnerai personne en disant qu'il faut, autant que possible, éviter cet accident.

J'ai employé tous les procédés opératoires, réunions par places profondes et superficielles, réunions par une seule rangée de points de suture profonds, au crin pour la peau, au catgut pour la muqueuse. J'ai fait l'incision avec le grattage, l'excision complète, l'excision en trou de serrure.

Or quand on commence l'opération par l'incision ou l'excision de la fistule cette opération est assez laborieuse. Voici quel est mon procédé que je me permets de recommander comme étant de beaucoup le plus rapide et aussi

sûr que les autres que j'ai employés au début et que tous les chirurgiens continuent à employer, il a été décrit sommairement dans une note envoyée par Longo l'année dernière à la *Semaine médicale* et qui est publiée dans les annexes de ce journal.

Le procédé peut se résumer en deux mots. Il consiste à placer les fils avant de toucher à la fistule.

Voici comment je procède : j'embroche la fistule avec une forte sonde cannelée, si elle est complète, je la fais sortir par l'orifice rectal ; si elle est incomplète, je la transforme en complète, et, quelle que soit la hauteur (dans un cas, l'orifice rectal était à 6 cent. au-dessus de l'anus ; hôp. Lariboisière) je fais sortir cette sonde par l'anus.

Cela fait, j'incise avec précaution la muqueuse et la peau dans la direction de la sonde, je m'arrête assez tôt pour ne point arriver jusqu'au trajet fistuleux ; les lèvres de la plaie s'écartent d'une étendue variable. Cela fait, je place le fil avec une aiguille très courbe et forte. Les aiguilles de Hazedorn sont parfaites pour cela. Au début, je plaçais mon fil avant de faire cette incision : il en résultait que j'étais obligé de le placer très loin de la ligne d'incision dès que j'étais obligé de faire l'exérèse d'une partie de la peau.

En faisant cette simple incision extra-fistulaire, je n'ai pas besoin de faire l'excision de la peau et les points d'entrée et de sortie de mes fils ne sont pas trop éloignés de la ligne d'incision.

Sur la peau, je mets des crins de Florence ; sur la muqueuse rectale, je mets des catguts n° 2 ou 3 ; mais j'ai la précaution de rapprocher beaucoup les points ; ils ont l'air d'être à un millimètre l'un de l'autre, cela tient à ce que la muqueuse rectal est tassée ; quand le trajet fistuleux est excisé, ils sont distants en réalité de 1 cent. environ.

Chaque fil est retenu par une pince à chaque extrémité, ils doivent être placés de manière à passer à une certaine distance (1 cent. au moins en arrière du trajet fistuleux et par suite de la sonde cannelée).

Cela fait, et les fils bien étalés, je fais l'excision du trajet fistuleux, en le disséquant autour de la sonde cannelée et en m'aidant quelquefois, comme me l'avait appris mon maître le professeur A. Richet, d'une pince de Museux qui saisit sonde cannelée et trajet fistuleux dans son milieu et permet de l'attirer. On procède avec précaution, de manière à ne pas couper les fils déjà placés ; cela ne m'est pas arrivé, mais quand même on en couperait un, il serait facilement remplacé.

Le trajet incisé, il n'y a plus qu'à nouer les fils.

On comprend ce que ce procédé a de commode, surtout pour la partie intra-rectale du trajet où le placement des fils est toujours laborieux quand on les met après l'exécution complète du trajet.

La sonde cannelée déchire quelquefois pour sortir par l'anus une petite étendue de la muqueuse rectale décollée, de sorte qu'il reste une surface dénudée. Grâce au placement préalable des fils, il est facile après raclage de cette partie du trajet, d'y porter un ou deux fils ; ce n'est cependant pas aussi nécessaire qu'on pourrait le supposer, parce que cette surface dénudée, dans les cas où je l'ai laissée ainsi, n'a pas empêché la réunion immédiate de tout le reste. J'attribue l'absence d'infection de la plaie, d'une part à la désinfection préalable du rectum, d'autre part au pansement antiseptique que je fais après l'opération.

En effet, après avoir rattaché tous les fils, j'introduis dans le rectum une grosse sonde en caoutchouc rouge n° 25 ou 30, entourée de gaze iodoformée et graissée de vaseline iodoformée formant une petite masse fusiforme que je place au-dessus du sphincter anal, et que je laisse en place 5 à 6 jours. Il est facilement supporté d'autant que les gaz peuvent s'échapper facilement par la sonde. Le malade est constipé pendant 5 à 6 jours.

Il est évident que ce procédé opératoire ne pourrait être appliqué aux fistules à directions ou à trajets multiples, ou ne pourrait être appliqué qu'avec des modifications.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

(MÉDECINE)

Paralysie faciale chez l'enfant. — M. G. Carpenter rapporte quatre cas de paralysie faciale d'origine rhumatismale chez des enfants de 2 à 9 ans. Dans un de ces cas, il y avait en même temps paralysie du voile du palais. Gowers pense qu'il est très douteux qu'une lésion du facial, sur un point quelconque de son trajet, puisse produire la paralysie du voile et il accuse les lésions du spinal accessoires. Hughlings Jackson dit aussi qu'il n'a jamais vu de paralysi du voile due à une lésion du nerf facial. Mais, cependant, bien d'autres auteurs admettent l'opinion contraire. Chez la petite malade de M. Carpenter, la paralysie faciale pouvait être seule incriminée; on ne notait aucun trouble dans le reste du système nerveux.

La paralysie faciale est assez commune dans la première et la seconde enfance, si l'on compte les cas consécutifs aux lésions de l'oreille moyenne et du rocher. Elle est beaucoup moins fréquente à la suite d'abcès ou de tuméfaction des ganglions situés derrière l'angle de la mâchoire ou à la suite des affections de la parotide. La syphilis congénitale (mais très rarement), le traumatisme (forceps), la disparité des parties fœtales et maternelles enfin un accouchement laborieux peuvent être des causes de paralysie faciale. Bokai en a cité aussi une forme fonctionnelle due aux abcès rétro-pharyngiens, et Henoch une forme congénitale incurable. La paralysie telle qu'on la rencontre chez l'adulte, et due à une inflammation du nerf dans le canal de Fallope, est rare chez l'enfant, d'après de nombreux auteurs. Goodhart ne l'a observée qu'une fois chez une petite fille de 8 ans; mais Steiner et Henoch, et aussi Angel Moncy, en rapportent plusieurs cas. Pour Gowers, au contraire, l'affection est rare au-dessous de 10 ans; il n'en a observé que deux cas survenus tous deux chez des enfants de moins de 2 ans.

(*Lancet*, 1893, n° 1.)

Polype intra-cardiaque. — M. Vœlcker montre le cœur d'une femme de 54 ans qui mourut, quatre jours après son admission à l'hôpital, avec un œdème généralisé, de la cyanose et des signes de bronchite; il y avait un murmure systolique à la pointe du cœur. A l'autopsie, on trouva le ventricule gauche hypertrophié et dilaté, et la mitrale épaissie. Dans l'oreillette droite, il y avait un large polype gélatineux, fixé à la cloison interauriculaire, présentant la forme d'un bouchon de champagne. Ce polype n'était ni ramolli ni calcifié à son centre, mais il présentait dans ses parties profondes de nombreux capillaires de néo-formation et tous les caractères de « l'organisation ».

L'auteur pense que ce polype a eu pour point de départ une végétation développée au niveau du bord inférieur du foramen ovale. Osler a rapporté deux cas dans lesquels une masse de végétations récentes s'était formée sur le bord de ce foramen ovale. Delépine avait déjà montré le processus de vascularisation dans deux cas de polypes cardiaques.

M. Morison cite un cas semblable qui avait été observé par le professeur Gairdner, à Glasgow.

(*Pathol. Society of London*, 7 février 1893.)

Malformation congénitale du cœur. — M. Voelcker rapporte un exemple intéressant de malformation congénitale du cœur; la cloison interventriculaire était incomplète; l'aorte naissait des deux ventricules. L'orifice pulmonaire était fermé et calcifié. La cloison interauriculaire était complète. De la crosse de l'aorte naissaient trois branches allant aux poumons. Ces lésions doivent sans doute être attribuées à une endocardite fœtale.

M. Humphy parle de la fréquence de la sténose congénitale de l'artère pulmonaire; il ne connait aucune explication satisfaisante de ce fait que le cœur droit est régulièrement atteint avant la naissance, tandis que les lésions portent sur le cœur gauche après la naissance.

M. Morison demande quel était l'état des poumons; ils sont souvent petits et ratatinés dans de tels cas; il demande aussi si la voûte palatine n'était pas incomplète, car il a observé cette coïncidence de malformations.

Il pense que la sténose de l'artère pulmonaire a amené un arrêt du développement du septum interventriculaire.

M. N. Moore pense aussi que la malformation du septum est consécutive à la sténose de l'artère pulmonaire; dans la plupart des malformations semblables, le trou de Botal est fermé.

M. Voelcker répond que les poumons étaient très congestionnés, mais non petits ni indurés. Le calibre de l'artère pulmonaire au delà de la sténose montrait que cette sténose avait été la lésion primitive.

(*Pathol. Society of London*, 7 février 1893.)

Un nouveau signe de l'influenza : éruption vésiculeuse sur le voile du palais. — M. Shelly a noté depuis le commencement de l'année 1891, l'existence d'une éruption vésiculeuse dans le cours de l'influenza.

Ce sont de petites élevures lenticulaires, translucides, ressemblant assez à des grains de sagou bouillis; leurs dimensions varient d'un demi-millimètre à un millimètre.

Les vésicules sont surtout abondantes sur le voile du palais, au-dessus de la base de la luette, mais, dans quelques cas plus graves, elles occupent une zone beaucoup plus étendue et envahissent l'arrière-bouche, tout en restant prédominantes sur le voile du palais.

Le malade n'a pas conscience de cette éruption qui ne le fait pas souffrir.

M. Shelly ne fait pas de cette éruption un signe pathognomonique de l'influenza, on peut observer les vésicules dans bien d'autres cas; mais elles seraient, d'après lui, constantes dans l'influenza et persisteraient depuis le début de la maladie jusqu'à la fin de la convalescence.

L'éruption se montre même dans les cas légers; les vésicules sont abondantes dans toutes les formes de l'influenza, mais elles sont peut-être plus remarquables et plus nombreuses dans la forme respiratoire.

M. Shelly pense que cette éruption vésiculeuse peut souvent faciliter le diagnostic.

(*Brit. Med. Journal*, 15 avril.)

Récidive de diphtérie. — M. R. Griffiths rapporte le cas suivant qui doit être ajouté aux cas déjà publiés de récidive rapide de diphtérie.

Une petite fille de cinq ans se plaint le 30 janvier dernier du mal de gorge. Le lendemain on constate d'abondantes fausses membranes sur les amygdalss, le voile du palais et le pharynx. Les urines sont rares et foncées. Cinq enfants de la même maison sont atteints de la diphtérie. La petite malade est considérée comme guérie le 24 février : il n'y a plus rien dans la gorge, les troubles renaux ont disparu ainsi que les douleurs vives dans les membres.

Le 9 mars, sept semaines après le début de la diphtérie, la malade perd l'appétit ; le 20 mars, elle a de la dyspnée, et le lendemain, quand M. Griffiths l'examine, il existe des fausses membranes nettement diphtériques sur les amygdales et sur le voile du palais. Le larynx est rapidement envahi et l'enfant meurt le 23 mars, les parents ayant refusé de laisser pratiquer la trachéotomie. L'urine était albumineuse.

Comme dans les cas semblables déjà publiés la seconde attaque fut plus grave que la première.

(*British med. Journal*, 22 avril.)

Empyème typhique. — M. Weintraud rapporte un cas d'empyème survenu dans la seconde semaine d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans; au commencement de la cinquième semaine de sa fièvre typhoïde, il présenta des symptômes de péritonite. Cependant il guérit bien de toutes ces complications ; l'empyème ne fut pas opéré.

Une ponction exploratrice avait été pratiquée à la fin de la quatrième semaine de la fièvre typhoïde, et avait donné un pus jaune, épais, visqueux. L'examen microscopique et les cultures y avaient révélé la présence, à l'état de pureté, du bacille typhique. Dix-sept jours après, une seconde ponction exploratrice fut faite et permit de retirer un pus jaune, présentant les mêmes caractères que précédemment ; il contenait encore le bacille typhique à l'état pur. Mais le bacille était beaucoup plus virulent dans le pus de la première ponction que dans celui de la seconde (injections à des souris).

M. Weintraud fait remarquer que ce fait est une nouvelle preuve de la propriété pyogène du bacille typhique, et vient démontrer que ce bacille peut être la cause directe de la production de l'empyème.

(*Berlin. klin. Wochenschrifft*, 10 avril).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Inhibition et dynamogénie

M. Brown-Séquard. — Il est nécessaire, pour comprendre le rétablissement immédiat des fonctions d'un nerf sectionné, de bien comprendre ce que l'on entend par dynamogénie et inhibition.

L'inhibition est l'annulation des causes d'un phénomène nerveux produite par une

excitation quelconque; la dynamogénie et l'excitation des causes d'un phénomène nerveux produite par cette excitation.

Il est impossible de toucher, d'irriter un point quelconque des parties sensibles de l'organisme sans déterminer de l'inhibition ou de la dynamogénie. Habituellement, plus il y a d'inhibition, plus il y a en même temps de dynamogénie, et Vulpian a dit, il y a déjà longtemps, qu'il était impossible qu'il y ait une perte de puissance dans une partie, sans qu'il se produise en même temps une augmentation de puissance ailleurs.

Cependant, dynamogénie et inhibition peuvent exister isolément.

Lorsque l'on coupe le sciatique d'un côté, à gauche, par exemple, la force de la moelle du côté correspondant augmente, celle du côté opposé diminue; il y a dynamogénie à gauche et inhibition à droite. La section du sciatique retentit aussi sur l'encéphale dont les centres sont modifiés; la zone motrice gauche gagne, la zone motrice droite perd des forces, et sur tous le reste de l'encéphale on constate les mêmes modifications.

Lorsque l'on fait l'hémisection du bulbe au-dessus de l'entrecroisement des pyramides, il y a augmentation du pouvoir de toutes les parties, au-dessus de la section, ce qui est un paradoxe pour ceux qui admettent les théories actuelles, d'après lesquelles les centres moteurs du côté sectionné devraient avoir perdu toute action; à gauche où tout est intact, il y a diminution, et parfois perte absolue de l'action des centres moteurs.

L'hémisection de la moelle au cou, à droite par exemple, entraîne une hyperesthésie du côté correspondant à la section et une anesthésie du côté opposé. M. Brown-Sequard s'était trompé en admettant que dans ce cas, il y avait transmission croisée de la sensibilité. En effet, si l'on fait une deuxième section dans la partie inférieure de la région dorsale, mais alors du côté gauche, on constate que l'hyperesthésie est remplacée par de l'anesthésie, et réciproquement; il s'est produit un transfert.

La deuxième section à gauche n'a pu modifier anatomiquement les conséquences de la première faite à droite; il y a simplement eu une deuxième irritation qui a changé l'effet de la première.

Lorsque l'on fait la piqûre du bulbe rachidien au niveau du nœud vital, il se fait une inhibition de tout l'encéphale et en même temps une inhibition des échanges. Le sang veineux revient rouge dans les veines et la rigidité cadavérique peut persister très longtemps sans que la putréfaction se produise, ainsi qu'un cas médico-légal intéressant l'a fait voir en Allemagne.

Il est facile d'appliquer ces données à l'étude des effets de la suture des nerfs.

Tous les physiologistes ont comparé le retour immédiat de la sensibilité après le rapprochement des deux bouts d'un nerf sectionné à ce qui se passe lorsque l'on met en contact les extrémités d'un conducteur électrique. En réalité, rien n'est plus faux, car si le rapprochement est fait sur des nerfs coupés depuis plusieurs mois, ils sont entièrement dégénérés du côté périphérique et rien ne peut pousser où il n'y a rien.

Lorsque l'on suture immédiatement le sciatique coupé d'une grenouille et que l'on strychnise ensuite l'animal, il ne se produit pas de convulsions si l'on touche le membre du côté opéré, tandis que partout ailleurs, le moindre contact provoque le tétanos.

Comment donc la suture agit-elle?

Au moment de la section, il y a inhibition des fibres anastomotique et de celles de la sensibilité récurrente; l'opération chirurgicale, en excitant les nerfs non dégénérés, fait reparaître la sensibilité. Les fibres nerveuses existaient déj' quand le nerf a été sectionné mais alors l'inhibition les a empêché d'agir.

La dynamogénie se produit, non pas parce que l'on a mis les bouts des nerfs en présence, mais par suite de l'irritation des nefs voisins.

M. Tillaux a soigné un homme qui s'était coupé le médian ; la suture avait rétabli la sensibilité. Peu de temps après l'opération, le malade tombe et comprime son nerf; immédiatement, la sensibilité disparaît. Redoutant une rupture de la suture, M. Tillaux fait une incision à son niveau, constate qu'elle est intacte et les phénomènes sensibles reparaissent immédiatement. Il est exact que, dans ce cas, la nouvelle incision n'a pu avoir qu'un effet dynamogénique. On pourrait, dans certains cas où la suture est impossible, espérer obtenir les mêmes résultats par une simple incision.

L'inhibition et la dynamogénie ont de nombreuses applications thérapeutiques. Dans certains cas de migraine, il suffit de faire passer un courant galvanique, pendant une seconde, dans la narine du côté qui est le siège des douleurs, pour faire cesser l'accès.

On peut arrêter des attaques d'épilepsie à aura périphérique, en comprimant le membre, siège de l'aura, à sa base; le fait est connu depuis longtemps. Ce n'est pas en empêchant quelque chose de passer que la ligature agit, mais en provoquant une irritation cutanée qui en inhibe les centres épileptogènes ; un simple pincement de la peau a le même effet.

Enfin, pour citer un fait de dynamogénie, je rappellerai qu'une simple application de chloroforme sur le thorax suffit pour augmenter énormément la puissance du nerf phrénique et celle du diaphragme.

Le typhus exanthématique à l'Hôtel-Dieu

M. Lancereaux a eu à soigner, à l'Hôtel-Dieu, 10 cas de typhus; il y a eu 3 morts. Dans 2 cas il s'agissait d'infirmiers atteints en soignant les malades. Les symptômes ont été conformes au type clinique; cependant, il s'est produit plusieurs fois une diarrhée verdâtre ou rougeâtre assez abondante et mélangée de mucus. Les urines étaient diminuées de quantité et renfermaient de l'albumine.

M. Lancereaux a pris toutes les précautions hygiéniques possibles. Un courant d'air constant a été établi au-dessus du lit des malades et des pulvérisations d'acides phéniques faites dans les salles. La thérapeutique a consisté en lotions froides alcoolisées, bains tièdes suivis de frictions à l'eau de Cologne, bains froids très courts et même douches dans certains cas, caféine, éther, régime lacté et grogs.

M. Lancereaux ne croit pas que les malades qui venaient du Dépôt y avaient contracté leur maladie; bien plus probablement ils ont été contagionnés en province, à Lille, par exemple.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Galezowski, intitulé : Les hémorragies et les anévrysmes du cercle ciliaire dans l'ophtalmie sympathique. Il y a certainement un grand nombre de variétés d'ophtalmies sympathiques et parmi elles il en est qui dépendent d'une névrite des nerfs ciliaires, mais il en est aussi qui relèvent d'une infection microbienne.

— MM. Schiff et Hlava sont élus correspondants étrangers.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 mai 1893. — Présidence de M. Laveran.

Sommaire. — Pilliet : Destruction expérimentale des cellules du foie. — Charrin : Lésions cellulaires produites dans le foie par des cadavres de microbes. — Communications diverses.

M. Pilliet a étudié la destruction expérimentale des cellules du foie par des agents

toxiques à la suite d'injections intra-parenchymateuses faites avec la seringue de Pravaz. Il a employé, dans ce but, le nitrate d'argent et l'acide phénique.

Les résultats obtenus par l'emploi de ces deux agents sont la nécrobiose et l'altération vésiculaire que l'on retrouve dans les maladies infectieuses du foie. L'emploi des toxiques permet d'étudier ces lésions pures, sans infections microbiennes secondaires et de saisir à leur début les altérations cellulaires.

Le nitrate d'argent est surtout précieux, car toutes les parties du foie atteintes par le réactif prennent, sous l'influence de la lumière, une coloration brune caractéristique, ce qui permet de les retrouver facilement.

— M. Charrin montre des dessins sur lesquels on peut constater les lésions interstitielles que déterminent dans le foie et le rein les injections dans le canal cholédoque de cultures stérilisées de microbes.

M. Hanot fait remarquer que les lésions ainsi produites paraissent semblables à celles que l'on rencontre dans la cirrhose hypertrophique biliaire.

— M. Depoux présente un malade qui avait été reconnu ataxique par le professeur Charcot et qui semble aujourd'hui absolument guéri, après un traitement par les injections de suc testiculaire.

M. Méguin rapporte l'observation d'un chien qui, paraplégique et d'une maigreur extraordinaire, fut rétabli et guéri par des injections de suc testiculaire; cet animal mourut cependant quelques jours après d'indigestion, et l'autopsie montra une généralisation cancéreuse dans les organes.

— M. Strauss dépose une note de MM. Constantin et Sabrases sur une étude morphologique du favus; ces auteurs ont étudié comparativement le favus de l'homme, du chien et de la poule, et ont reconnu que le favus du chien présente de grandes analogies avec celui de l'homme, mais que celui de la poule est tout à fait différent.

— M. Henneguy expose ses recherches sur les follicules de Graaf en voie de régression; il a constaté chez tous les animaux, aussi bien chez les mammifères que chez les oiseaux, les reptiles et les amphibiens, la fragmentation du vitellus.

— M. d'Arsonval insiste de nouveau sur l'action physiologique des courants sinusoïdaux et fait ressortir les applications thérapeutiques qui peuvent être tirées de l'emploi de ces courants qui amènent une analgésie de la peau et des muqueuses.

— M. Reitterer dépose une note de MM. Gley et Randeau sur la non-absorption de l'eau par l'estomac, et une deuxième note de M. Gley sur la polypnée des chiens thyroïdectomisés.

M. Charrin dépose une note de M. Hugounesse sur la constitution chimique de la périostite albumineuse et une note de M. Guinard sur la toxicité comparée des mines de neuf espèces de mammifères.

BIBLIOTHÈQUE

L'Exercice de la médecine thermale au point de vue de la déontologie médicale, par le docteur J. Janicot, Paris. O. Doin.

L'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, a mis dès son origine, à l'ordre du jour de ses travaux, les questions de déontologie médicale. Une des plus importantes, à coup sûr, est celle qui concerne les rapports entre les médecins en géné-

ral et ceux des villes d'eaux au sujet des clients que les uns envoient aux autres. M. le docteur Janicot, qui a déjà rompu plusieurs lances en faveur des médecins des stations thermales, et qui connaît à fond la question, l'a exposée devant le Syndicat avec toute la clarté et la droiture qu'elle comporte; il a examiné successivement les devoirs entre confrères avant, pendant et après la saison thermale.

Avant la saison thermale, il s'agit, cela va de soi, des visites que les médecins des villes d'eaux font aux autres pour en obtenir des clients. Il faut en faire, mais avec discrétion; au besoin les remplacer par les rencontres dans les sociétés de médecins, et, ce qui tend à s'accroître de plus en plus, par les dîners confraternels.

Les rapports entre médecins pendant la saison soulèvent des questions complexes qu'il est difficile d'analyser. Un code ne s'analyse pas; il faut le lire, le porter sur soi et l'apprendre par cœur, quand il n'est pas trop long, ce qui est le cas dans l'espèce. Et c'est bien un code, car M. Janicot indique la réponse à tous les scrupules qui ont dû naître dans la conscience des médecins d'eaux — j'ajouterai volontiers des médecins des stations d'hiver — lorsqu'ils débutent dans la clientèle. M. Janicot dit bien que le médecin doit être honnête dans toutes ses relations, car l'honnêteté lui est bien souvent d'un grand secours ; mais il dit, d'ailleurs, qu'il faut être doué d'une certaine habileté, d'une certaine pratique, pour faire accepter des moyens honnêtes par les clients, pour sauvegarder les intérêts des confrères qui ont pu se tromper. Il faut être toujours honnête, et habile en outre, quand on le peut, pour sauvegarder à la fois les intérêts des clients et ceux des confrères. Le médecin d'eau n'est, en effet, qu'un intermédiaire entre les autres confrères et leurs clients ; il reçoit ceux-ci et doit les renvoyer scrupuleusement à qui les a envoyés ; mais ce n'est là qu'un des nombreux devoirs que doit remplir le médecin des stations vis-à-vis de son prochain et qu'il apprendra, s'il ne les connaît déjà, dans l'intéressante brochure de M. Janicot. L. H. PETIT.

LES MORPHINOMANES, étude clinique, médico-légale et thérapeutique, par le docteur Ernest CHAMBARD. (Bibliothèque médicale Charcot-Debove. Ruef et Cie, éditeurs, Paris, 1893.)

L'abus des injections hypodermiques de morphine fait des progrès partout, mais surtout en France, et cela explique le nombre déjà considérable d'ouvrages consacrés à cette dangereuse intoxication. Celui de M. Chambard est le dernier venu et c'est aussi le plus complet. C'est un véritable traité sur la matière; il en a les proportions et la méthode. L'étiologie, la symptomologie, les complications, le pronostic, le traitement de cette maladie nouvelle et les considérations médico-légales qu'elle soulève, sont l'objet de chapitres très étudiés, remplis d'observations curieuses et bien présentées. Le livre est admirablement écrit, très littéraire; il porte l'empreinte d'une philosophie amère et désabusée, très à la mode à ce qu'il paraît et qui ne me semble pas s'adapter aisément à la profession médicale; mais le pessimisme n'est pas une maladie aussi grave que la morphinomanie ; pour en guérir, il n'y a pas besoin de s'enfermer dans un établissement ; il suffit de vieillir et c'est un remède à la portée de tout le monde. — L'ouvrage de M. Chambard n'en constitue pas moins une œuvre intéressante, d'une lecture agréable, instructive et dont le succès me paraît assuré.

HYPNOTISME ET SUGGESTION, par le professeur WUNDT. — Paris, Félix-Alcan, 1893.

L'hypnotisme et la suggestion ont pris une place importante dans les préoccupations des philosophes, des physiologistes et des médecins. Des sociétés ont été formées, des journaux ont été créés pour reproduire les intéressantes expériences de cette nouvelle branche de la *psychologie expérimentale*, pour en étudier les résultats, provoquer les observations et les recherches.

Le savant professeur de psychologie physiologique de l'Université de Leipzig, M. Wardt, ne pouvait rester indifférent à ce mouvement, et quoiqu'il considère ces questions comme étrangères à la science à laquelle il se consacre, il donne son sentiment sur leur rôle et leur avenir. Il ne concède pas à l'hypnotisme et à la suggestion la valeur extraordinaire que leurs admirateurs leur attribuent en psychologie, mais il leur reconnait en médecine une valeur qui ne peut être méconnue.

Thérapeutique physiologique du cœur, par M. le professeur G. Sée. — Paris, Bataille et Cie, 1893.

Pour le professur G. Sée, une thérapeutique rationelle ne peut être basée que sur la physiologie. Tel est le principe qui a guidé le maître dans ses publications antérieures, telle est la pensée dirigeante qui vient de lui permettre d'écrire, sur la pathologie du cœur, le beau livre que nous allons analyser.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la physiologie, et, en dehors des données classiques rajeunies pour ainsi dire par le talent d'exposition de l'auteur, M. G. Sée a insisté sur certains points moins connus. C'est ainsi qu'il montre que les ganglions du cœur ne possèdent pas les fonctions qu'on leur attribue, mais que c'est le muscle cardiaque qui est tout, qui a en lui-même sa réserve dynamique; les ganglions eux-mêmes ne sont que des centres sensibles, n'ont d'influence ni sur l'arrêt ni sur l'accélération de l'activité cardiaque. La nutrition du cœur a donc une extrême importance, et il convient de régler la nourriture du cœur, celle qui lui est nécessaire quand il est sain, celle qui lui est nécessaire quand il est lésé. Nous ne pouvons que conseiller aux médecins la lecture des pages consacrées à l'exposé du régime chez les cardiaques; ils y trouveront des indications précieuses qui leur permettront de rendre les plus grands services à leurs malades.

Dans la seconde partie, M. le professeur G. Sée étudie l'action physiologique des médicaments cardiaques. Ces médicaments sont des *régulateurs* que l'on peut diviser en trois groupes : 1° groupe des iodures avec les vaso-moteurs divers, chloral, nitrite d'amyle, strychnine, ergotine ; 2° le groupe des digitaliques avec le strophantus, la spartéine, la convallamarine, l'atropine et, enfin, 3° le groupe des caféiques dans lequel entrent la théobromine, le lait et la lactose, la scille, le calomel. A ces médicaments vraiment cardiaques on peut joindre des médicaments et des médications auxillaires et accessoires : des auxiliaires respiratoires (morphine, pyridine) ; des auxiliaires calmants (anesthésiques, somnifères), des auxiliaires fortifiants (quinine, arsenic), des auxiliaires évacuants ou dépresseurs (saignées, purgatifs, salivation). Pour chacun de ces médicaments, pour chacune de ces médications, le professeur expose, dans des pages magistrales, le mode d'action physiologique.

Enfin, dans la troisième et dans la quatrième partie, les connaissances acquises sont appliquées : 1° au traitement des symptômes cardiaques ; 2° au traitement des lésions des maladies cardiaques et vasculaires. Ce sont les chapitres les plus cliniques de ce volume ; ils montrent que leur auteur possède les qualités, si rarement réunies, de l'expérimentateur et du clinicien.

COURRIER

La question écrite sortie de l'urne pour la première épreuve du 2e concours de médecine (Bureau central) portait pour titre : Kystes hydatiques du foie (anatomie pathologique et indications thérapeutiques).

— Un nouveau journal vient de se fonder aux Indes ; c'est l'*Indian medico-chirurgical Review*, rédigé par des savants autochtones. Il demande la création d'une Université à Bombay, d'une Université enseignante où l'on pourrait peut-être attirer quelques hommes distingués d'Europe en leur offrant des chaires bien dotées. Il demande aussi que l'on crée des instituts de biologie, physiologie, anatomie, bactériologie, etc. (*Revue scientifique*.)

La direction de l'hôpital dentaire de Londres vient de décider la construction de ses bâtiments sur un nouvel emplacement.

Une somme d'un million est nécessaire et on a constitué un comité sous la présidence du duc de Cambridge, afin de solliciter des souscriptions.

A titre d'exemple, faisons connaître les souscriptions suivantes :

MM. Ash et fils pour 12,500 francs ; un vieil étudiant pour 3,750 francs ; Rothschild pour 2,630 francs et le prince de Galles pour 26,250 francs.

A ce jour la souscription atteint 211,000 francs.

— Sont élus membres du Conseil général de la Seine MM. les docteurs en médecine, Basset, pour Saint-Ouen, arrondissement de Saint-Denis ; Piettre, pour Saint-Maur, arrondissement de Sceaux ; Reulos, pour Villejuif, arrondissement de Sceaux.

Association des internes et anciens internes en médecine des asiles de la Seine. — L'Association des internes et anciens internes des asiles se réunira, en assemblée générale annuelle, samedi prochain 20 mai, à six heures du soir, au restaurant Pinson à Joinville-le-Pont.

Un banquet suivra la réunion. Les adhésions pour le banquet sont reçues par M. le docteur Briand, président de l'Association, à l'asile de Villejuif ; et M. le docteur Vétault, trésorier, 210, boulevard Voltaire.

Des breaks stationneront place de l'Hôtel-de-Ville, à Paris, de quatre à cinq heures du soir.

Départ pour Joinville à cinq heures précises.

Nous venons de recevoir le compte rendu annuel financier de la société de secours mutuels et de retraite des ouvriers en instruments de chirurgie. En le parcourant, nous y voyons que cette société est presque arrivée à résoudre ce problème difficile : donner beaucoup à ses malades tout en ne demandant qu'une faible cotisation mensuelle, ce qui permet à tous les membres de la corporation d'en faire partie.

En effet, cette société ne demande à ses adhérents qu'une cotisation de 0 fr. 75 par quinzaine, plus 2 francs par an applicables aux indemnités mortuaires. En échange, les malades reçoivent une indemnité journalière de 2 fr. 50 pendant 90 jours, puis de 3 francs les 90 jours suivants, et ensuite une indemnité mensuelle. Cette société est arrivée à payer près de 1600 journées de maladie dans le courant de l'année et à placer une certaine somme à la caisse des retraites, grâce à sa bonne gestion et surtout à l'appui des membres honoraires recrutés parmi le corps médical.

Ajoutons que tous les principaux fabricants ont tenu à honneur d'encourager leurs ouvriers dans cette voie d'ordre et de prévoyance. Aussi nous formons des vœux pour la prospérité de la société de cette corporation composée de modestes et utiles auxiliaires de l'art chirurgical.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Les Ateliers étant fermés le Lundi de la PENTECOTE, le numéro de mardi sera réuni à celui de jeudi, qui aura un Supplément.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier.

Diagnostic et traitement de la gale.

Messieurs,

Le diagnostic de la gale repose sur un ensemble de signes que je dois vous énumérer brièvement.

Le signe pathognomonique est le sillon, et, quand on en trouve un, le diagnostic est fait. Cependant, bien qu'il soit très facile de reconnaître un sillon, quelques erreurs sont possibles. C'est ainsi que l'on peut prendre pour la race de l'acare un simple pli cutané, une égratignure noircie. Le mieux est de toujours se servir de la loupe, et, si l'on conserve le moindre doute, d'extraire l'arachnide et de le porter sous le microscope.

Cependant, tout en insistant sur la grande valeur diagnostique du sillon, je dois vous rappeler trois choses :

1° La recherche du sillon demande quelquefois une grande patience, car elle peut se prolonger pendant une demi-heure, une heure et plus. J'ai toujours présent à l'esprit un cas dans lequel M. Lailler, voulant confirmer le diagnostic de gale, porté par tous les médecins de Saint-Louis, ne trouva le sillon pathognomonique qu'au bout de deux heures et demie.

2° Le sillon peut faire défaut aux mains. Il peut manquer chez les forgerons et les ouvriers aux mains calleuses, chez les sujets qui manient des substances chimiques nuisibles pour l'acare; par exemple, chez les blanchisseurs, les teinturiers, etc.

3° Enfin, dans la gale pustuleuse, le sillon est extrêmement rare.

Heureusement que l'on n'a pas toujours besoin, pour affirmer le diagnostic, de trouver un sillon; dans beaucoup de cas, ce serait d'un rigorisme excessif et on peut se fier à d'autres signes qui ont aussi une grande valeur :

1° Les démangeaisons sont intenses, persistantes; elles présentent des exacerbations nocturnes. Le malade est assez tranquille pendant le jour, mais tout repos lui est impossible pendant la nuit.

2° Parmi les éruptions de la gale, la miliaire acarienne est très caractéristique. Elle se montre sous la forme de petites vésicules pâles, discrètes qu'il est facile de trouver L'ecthyma limité aux mains, aux pieds, aux fesses et aux coudes a encore une grande valeur, et ces varioles circonscrites, permettez-moi le terme, doivent vous faire immédiatement penser à la gale.

3° La peau du galeux a une physionomie spéciale.

Les éruptions sont disséminées, presque générales et, cependant, elles respectent l'extrémité céphalique;

L'éruption est beaucoup plus intense sur certains points que dans d'autres ; chez l'homme, elle siège autour des mains, au pénis, à la paroi antérieure de l'aisselle, aux fesses; chez la femme, le sein est particulièrement frappé.

4° L'éruption est polymorphe et on trouve des nodosités éruptives très diverses sur le même malade : papules petites et grosses, vésicules, papulo-vésicules, pustules, pustulettes, eczémas.

La recherche des circonstances dans lesquelles le sujet a gagné sa maladie vient encore aider le diagnostic. Dans l'immense majorité des cas, il l'a pris de quelqu'un qui se grattait, d'une femme, d'un enfant ou même d'un camarade de lit.

Grâce à cet ensemble de signes, Messieurs, le diagnostic de la gale est facile, et, cependant, c'est une affection qui est très souvent méconnue.

En premier lieu, dans la gale, au début, il y a très peu d'éruptions et un très petit nombre de sillons. Dans d'autres cas, les éruptions sont si considérables que les éléments de la gale se perdent au milieu des eczémas, des ecthymas et des furoncles. Enfin, la gale peut être anormale.

Pour toutes ces causes et peut-être aussi parfois par manque d'attention du médecin, la gale est prise pour du prurigo, de l'eczéma, et j'ai vu des galeux qu'on avait envoyés se traiter à Luchon et à Royat.

Une cause d'ordre qu'on peut appeler moral, peut expliquer certaines erreurs diagnostiques. Lorsque l'on examine un malade dans un ménage bourgeois ou dans un milieu plus aristocratique, on ne peut pas se figurer qu'il a la gale, car l'on regarde cette maladie comme crapuleuse et plébéienne. C'est là une erreur ; comme la vérole, la gale peut atteindre tout le monde, et souvent ceux-là même qui l'ont le moins méritée. Elle ne respecte personne, et, si l'on en croit la chronique, elle a même franchi le seuil des palais impériaux.

La gale est une des maladies qui démontrent le mieux les variations de la thérapeutique. Autrefois, on la soignait par les dépuratifs les plus variés, tandis qu'aujourd'hui un médecin qui ordonnerait une potion à un galeux se rendrait parfaitement ridicule. L'expérience a montré que les remèdes internes étaient impuissants contre la gale, et qu'on ne pouvait l'attaquer que par les remèdes externes, par les topiques.

Le seul but que doit se proposer le traitement est de tuer l'acare. On peut y arriver en s'astreignant à rechercher tous les sillons sur le malade et en poursuivant les parasites qui s'y trouvent. Renucchi, qui démontra la nature parasitaire de la gale, prouva qu'on pouvait guérir les malades de cette façon ; malheureusement, cette pratique est fort longue et il faudrait plus d'une semaine pour traiter un seul galeux.

On a conseillé de faire des frictions sèches, mécaniques, car il est évident qu'en enlevant l'épiderme on enlève en même temps l'acare, mais c'est là un procédé brutal sur lequel je n'insisterai pas.

La seule chose qu'il y ait à faire, c'est d'appliquer sur peau des acaricides. Ceux-ci sont extrêmement nombreux. On a eu recours au soufre, à tous les mercuriaux, aux carbonates alcalins, à la chaux, à la potasse, à l'acide phénique, à la térébenthine, au goudron, etc.

L'exposé de tous les procédés de traitement serait fastidieux, et actuellement ils n'ont plus qu'un intérêt historique, car il existe une méthode qui a révolutionné absolument la thérapeutique de la gale. Cette méthode, d'origine toute et française qui a été trouvée à Saint-Louis, est désignée habituellement par un nom que vous connaissez tous, c'est la frotte.

Autrefois, il fallait plusieurs semaines pour guérir les galeux et Saint-Louis était encombré, puis Bazin est venu et a réduit la durée du traitement à deux jours, et, enfin,

Hardy a montré que l'on pouvait renvoyer les malades débarrassés au bout d'une heure et demie. Aujourd'hui, le traitement des galeux est ce que l'on appelle un traitement externe, et on ne les hospitalise plus.

Le traitement de Saint-Louis comporte trois opérations successives. En premier lieu, le malade se met complètement nu et se frotte du cou aux pieds pendant une demi-heure avec du savon noir. Pendant une deuxième demi-heure, il se met dans un bain et continue ses frictions, puis, une fois qu'il est sorti du bain, on lui étend sur le corps une couche de pommade sulfo-carbonée, dite pommade d'Helmerich. Le patient se rhabille, reste ainsi englué pendant vingt-quatre heures, et ce n'est que le lendemain qu'il prend un bain. Naturellement, on passe les vêtements à l'étuve, afin de les débarrasser des parasistes qui pouvaient s'y trouver.

La théorie du traitement est facile à exposer : les frictions et le bain ouvrent les terriers dans lesquels se tiennent les sarcoptes, la pommade les tue.

La frotte donne des résultats excellents. Sur 12,294 malades traités en 1890, c'est à peine si 3 ou 4 p. 100 n'ont pas été guéris dès la première fois qu'ils ont subi la frotte.

Malheureusement, cette méthode est dure, rude, et ici, à Saint-Louis, nous faisons tous nos efforts pour la modifier, en luttant, jusqu'à présent sans succès, contre la routine administrative. Le savon noir est inutile, il est même nuisible en sa qualité d'irritant, et on ne l'emploie que parce que le savon blanc coûte beaucoup plus cher. La pommade d'Helmerich est trop forte et Hardy avait déjà conseillé la préparation suivance :

Axonge	100 grammes.
Soufre	16 —
Sous-carbonate de potasse..................	8 —

En réalité, on peut encore diminuer de moitié la quantité des substances actives et, en ville, vous pourrez recourir à la lotion suivante, dite de Bourguignon :

Glycérine..................................	200 grammes.
Gomme adragante	5 —
Fleur de soufre............................	100 —
Sous-carbonate de potasse..................	35 —
Essence de menthe..........................	ââ 1 gr 50.
— de lavande............................	
— de canelle............................	
— de girofle............................	

Il n'est pas nécessaire de laisser le malade enduit de pommade tout un jour. Vous pouvez le laisser se baigner au bout d'une demi-heure et lui conseiller d'étendre ensuite sur la peau une légère couche de cold-cream et de poudre d'amidon.

La désinfection des vêtements est absolument indispensable. A Saint-Louis, cette désinfection est fort bien faite, dans des étuves où la température peut atteindre 110°. Les draps où a couché le galeux devront être envoyés au blanchissage et il faudra brûler les gants qu'on ne peut débarrasser complètement.

Cette méthode de traitement a été très attaquée en Allemagne. On l'a accusée d'entraîner des eczémas. A Vienne, le traitement lent est préféré, on hospitalise les malades et on emploie surtout comme topiques une pommade dont voici la formule :

Naphtol β..................................	15 grammes.
Savon noir.................................	50 —
Craie	10 —
Axonge.....................................	100 —

La guérison chez les hommes demande de 3 à 5 jours et chez les femmes de 5 à 7.

La pommade Wilkinson est encore très usitée et en voici la formule :

Fleur de soufre	} ââ	20 grammes.
Huile de hêtre		
Savon vert	} ââ	80 —
Axonge		
Craie blanche pulvérisée		5 —

Kaposi considère le traitement préparatoire au moyen de bains et de frictions savonneuses comme inutile. Pour lui les frictions sèches faites avec la main suffisent. Ensuite on étend le remède sur la surface de la peau et on fait coucher le patient entre des couvertures de laine. Du troisième au cinquième jour, on prescrit un bain, et le malade est guéri.

Au point de vue social, le traitement de Saint-Louis est préférable à ce traitement lent, parce qu'il permet de ne pas hospitaliser les galeux et ne les expose pas ainsi à perdre leur place et à abandonner leur famille. Il faut simplement le rendre plus doux en le modifiant, comme je vous l'ai idiqué tout à l'heure, et surtout ne l'appliquer que dans les cas où il est indiqué. Le traitement rapide est nuisible chez l'adulte, quant il s'agit de gale inflammatoire ou compliquée, avec des pustules, des eczémas, la frotte est alors très douloureuse et peut déterminer des complications cutanées.

Chez le jeune enfant, le traitement rapide est aussi contre-indiqué, car il expose à la fièvre et aux convulsions.

En fait, le traitement de Saint-Louis modifié est applicable à tous les cas en ville, et à l'hôpital, aux 9/10 des cas d'après M. Besnier, aux 4/5 d'après moi.

Dans les gales compliquées, il est nécessaire d'hospitaliser le malade pendant quelques jours et de traiter les complications cutanées par le repos, les bains répétés, etc., avant de recourir à la méthode habituelle.

Chez les jeunes enfants, on ordonnera des bains, des cataplasmes pendant deux ou trois jours, puis, après de légères frictions savonneuses, on emploiera la pommade au styrax.

Après le traitement, il arrive souvent que le malade se plaint vivement de la brûlure qu'il ressent à la peau. On ordonnera alors des bains d'amidon, des onctions avec le glycérolé d'amidon, etc.

Quelquefois, même quand la gale a complètement disparu, le patient continue à se gratter. Il a ce qu'on appelle le prurit post scabieux, qui augmente naturellement s'il se fait une nouvelle friction. Certains ne peuvent croire leur médecin qui leur assure qu'ils ne portent plus de parasites et deviennent de véritables acaromanes.

Il y a aussi un eczéma post-scabieux qui se montre surtout aux points où le malade s'est frictionné le plus fort au moment du traitement, c'est-à-dire à la face inférieure des avant-bras et des cuisses et au devant de l'aisselle.

Le traitement de Saint-Louis n'est pas infaillible, il échoue, je vous l'ai dit, chez à peu près 4 p. 100 des malades. Cela tient tantôt à ce que ces derniers s'exposent de nouveau à la contagion, en cohabitantavec des personnes atteintes de gale, ou en ne faisant pas blanchir leurs draps, tantôt à un échec réel de la méthode.

Dans ces cas, il n'y a qu'à recommencer le traitement avec tout le soin désirable et on est alors sûr de réussir.

REVUE GÉNÉRALE

Les hémoglobinuries

I

M. le professeur Hayem a communiqué il y a quelque temps, à la Société clinique, l'observation d'un homme atteint de fièvre typhoïde grave, chez lequel, vers le quinzième jour de la maladie, l'urine devint sanglante. On pensa à une hématurie, mais, à l'examen microscopique, il fut impossible de déceler aucun globule, tandis qu'à l'analyse chimique, il était facile de constater la présence d'oxyhémoglobine et de méthémoglobine. Cette émission d'urine hémoglobinurique dura trois jours; puis, jusqu'à la mort du malade, il n'y eut plus que de l'albuminurie et de l'urobilinurie. A l'autopsie, outre les lésions intestinales et viscérales de la dothiénenthérie, on constata une tuberculose miliaire récente.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est le symptôme hémoglobinurie, symptôme qui peut se rencontrer dans des circonstances très différentes et avoir une valeur séméiologique très variable.

Vogel, Facciola ont aussi publié des observations d'hémoglobinurie survenues dans le cours de la dothiénenthérie et, dans le cas de Facciola, il y avait en même temps des extravasats sanguins dans le derme, sous forme de pétéchies.

Parmi les maladies aiguës pouvant s'accompagner d'hémoglobinurie il faut naturellement citer la fièvre ictéro-hématurique, dans laquelle les urines, malgré le nom de l'affection, ne renferment pas de globules rouges; par contre, le sang est altéré et on y trouve des globules décolorées.

Hayem, Robin ont vu l'hémoglobinurie se produire dans le rhumatisme articulaire aigu. Hubner l'a notée dans la scarlatine; enfin, elle fait partie du tableau symptomatique de la maladie bronzée hématique de Charrin.

Il est très intéressant de voir que le symptôme semble parfois nettement en rapport avec des altérations du foie et du rein.

C'est ainsi que Legg Murri l'ont observé dans l'ictère grave, que Lépine et bien d'autres l'ont vu survenir dans la néphrite.

Le malade de Lépine était atteint d'une néphrite interstitielle et les urines devenaient très facilement sanglantes à la suite de fatigues ou d'excès.

Un grand nombre d'empoisonnements s'accompagnent d'hémoglobinurie. Affanassiero, Stadelmann ont étudié expérimentalement chez le chien l'intoxication par la toluylendiamine, ils ont vu que les globules rouges sont très altérés et pigmenteux, et qu'avec les fortes doses, il apparaît à la fois de l'ictère et de l'hémoglobinurie. Les cellules hépatiques sont, du reste, aussi très altérées, et c'est là un fait sur lequel il nous semble que les auteurs n'ont pas assez insisté, car il est à peu près prouvé que le foie, à l'état normal, est un destructeur de globules rouges. En tout cas, ce qui est certain, c'est que le foie élimine l'hémoglobine, car lorsque l'hémoglobinhémie, c'est-à-dire la dissolution de l'hémoglobine dans le plasma, existe, il y a en même temps une grande augmentation de la quantité de pigments contenue dans la bile, cette hypercholie purement pigmentaire jouant certainement un rôle dans la pathogénie de l'ictère, pathogénie dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Le chlorate de potasse, d'après les expériences de M. Hayem, provoque la production, dans le sang, de méthémoglobine; mais, dans l'urine, on ne trouve que de l'oxyhémoglobine.

Chez l'homme, l'hémoglobinurie toxique a été observée dans un certain nombre de cas, Dehio a vu l'absorption de 10 grammes d'aniline être suivie de ce symptôme. Il a été noté dans les intoxications par le chlorate de potasse, l'hydrogène arsenié (gonflement des ballons), à la suite de l'usage d'une pommade au naphtol, de l'administration de la quinine (Kaposi, Moscoto, Moussoir), de frictions mercurielles, etc.

Enfin, l'hémoglobinurie s'est produite accidentellement dans un certain nombre d'affections soit locales, affections cardiaques, artério-scléroses, pleurésies ; soit générales, syphilis, impaludisme.

Dans tous les cas dont nous venons de parler, l'hémoglobinurie est symptomatique. Mais il en est d'autres où elle existe seule, indépendamment de tout symptôme accessoire, et se présente sous forme d'accès passagers survenant sous l'influence du froid, c'est ce que l'on a appelé l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, forme d'hémoglobinurie qui vient d'être étudiée d'une manière complète par M. Azalbert. L'accès débute par un frisson violent accompagné de cyanose, de malaise général, de céphalalgie, etc. Bientôt la sensation de froid s'atténue, et une légère sueur se produit parfois. La température monte habituellement à 38° et quelques dixièmes, mais elle peut atteindre 39 et 40°. Le pouls et la respiration sont accélérés. Au début de l'accès, les urines sont peu colorées, mais bientôt leur couleur se fonce et, peu à peu, elles prennent la teinte du vin de Malaga ou du café très noir. La coloration s'atténue ensuite et, après dix à quinze heures, elle est redevenue normale. La durée de l'accès est d'environ une à trois heures.

L'hémoglobinurie paroxystique s'observe surtout chez les hommes adultes, mais les enfants et les vieillards peuvent en être atteints. En dehors des manifestations diverses de l'arthritisme, de l'existence fréquente de la syphilis et d'un cas de Saundby, où l'hérédité semblait bien nette, les antécédents des malades n'ont fourni rien de bien notable. Le caractère habituel de la maladie est de se produire brusquement sous l'influence d'un froid plus ou moins vif. Le malade de M. Azalbert avait un accès chaque fois qu'il s'exposait à un froid un peu vif. C'est ainsi qu'un accès a été provoqué en le faisant descendre, à six heures du matin, au mois de mars, dans le jardin du Val-de-Grâce, où il s'est promené pendant trois quarts d'heure avec une température de 2 degrés au-dessous de 0 en étant convenablement vêtu. A la suite de ce court séjour dans le jardin, le malade est remonté dans sa salle, présentant tous les phénomènes qui constituent l'accès. On peut encore déterminer expérimentalement les accès par le refroidissement des mains avec ou sans ligature élastique du doigt. Quelquefois, le froid n'a pas d'influence sur la production des accès (Kast).

Haig a observé, chez une petite fille, une grande augmentation de l'acide urique coïncidant avec l'hémoglobinurie ; la malade fut très améliorée par le salicylate de soude.

L'hémoglobinurie paroxystique s'observe aussi dans les pays chauds. Un individu raconte qu'il s'est levé la nuit pour fermer sa fenêtre au début d'une tornade (coup de vent), qu'il s'est senti immédiatement des frissons et de la fièvre, et qu'il n'a pas tardé à pisser du sang. Il faut naturellement, vu la nature spéciale du milieu, bien distinguer ces cas de ceux de fièvre bilieuse hématurique paroxystique et d'hémoglobinurie quinique (Moussoir).

Le plus généralement, l'hémoglobinurie paroxystique guérit après quelques accès seulement, et même sans aucun traitement ; souvent, il n'y a pas de récidive (Du Cazal).

Cependant, la maladie peut causer la mort (Henrot, Murri, Orto) et le pronostic devient extrêmement sombre chez le nouveau-né ou les très jeunes enfants. On peut, du reste, se demander si, dans les cas observés chez le nouveau-né, il ne s'agissait pas de la maladie bronzée hématique, bien différente de l'hémoglobinurie paroxystique. D'autre part, si les accès se répètent souvent, il s'ensuit un affaiblissement notable et le malade devient facilement la proie d'une tuberculose à marche rapide (J. Brunelle).

II

Les rares autopsies d'hémoglobinuriques qui aient été faites n'ont fourni que peu de renseignements intéressants. Dans quatre cas on a trouvé des lésions rénales et, bien que l'on puisse se demander si ces lésions n'étaient pas secondaires, la thorie rénale est admise par la plupart des auteurs, qu'il s'agisse d'une simple congestion ou de lésions plus profondes. C'est ainsi que pour A. Robin, les globules rouges altérés dans leur nutrition seraient détruits dans le rein où le sang s'accumulerait à la suite d'une poussée congestive d'origine reflexe ; que, pour Stephen Mackensie, les globules rouges comprimés dans les glomérules y seraient détruits ; que, pour Hayem, l'hémoglobinurie est tantôt d'origine rénale, tantôt d'origine hématique (altération du plasma), l'état pathologique des reins étant même dans ce cas un facteur important du phénomène. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'hémoglobinhémie ne suffit pas toujours à elle seule pour provoquer l'hémoglobinurie, ainsi que le prouvent les expériences d'intoxication et l'observation suivante d'Hayem : Un homme d'une quarantaine d'années, dans les antécédents duquel on trouvait une néphrite aiguë, fut, à la suite d'un surmenage, pris d'un ictère assez intense, avec troubles cardiaques, urobilinurie et albuminurie ; l'état du malade s'améliora assez rapidement, mais les signes d'une néphrite interstitielle persistèrent. Les résultats fournis par l'étude du sang de ce malade, furent très intéressants. On trouva une anémie au troisième degré, avec grande diminution de la richesse des globules en hémoglobine, et on constata que le sérum était laqué, d'un rouge cerise, contenant de l'oxyhémoglobine et de l'urobiline, mais pas de pigment bilaire. Le sang cultivé se montra stérile. Dans ce cas, l'ictère qui accompagnait la fièvre de surmenage était nettement hématique et le sérum chargé d'hémoglobine, mais cette dernière se transformait en urobiline, au lieu de s'éliminer en nature.

On a encore admis une destruction des globules dans la circulation générale, le foie, la rate et surtout les capillaires cutanés, l'hémoglobine mise en liberté étant alors éliminé par le rein, tandis que quelques auteurs ont soutenu que les globules traversaient intacts le filtre rénal et n'étaient détruits que dans les voies urinaires inférieures par suite de la présence d'oxalates.

Azalbert et J. Brunelle ont insisté sur la petite place accordée au foie, dans les théories pathogéniques de l'hémoglobinurie paroxystique. Si on admet les congestions viscérales, qui sont rendues très probables vu les contractions des vaisseaux périphériques, on doit penser qu'il y a aussi bien congestion du foie et de la rate, c'est-à-dire des organes destructeurs des globules, que congestion du rein. On pourrait alors expliquer de la manière suivante les accès d'hémoglobinurie (J. Brunelle) : arrivée du sang dans le foie en quantité exagérée, une partie des globules rouges détruits est transformée en pigments biliaires, l'autre est reprise par les veines sus-hépatiques, et donne lieu à l'hémoglobinurie. Le malade de Brunelle manifestait sa congestion hépatique par une augmentation de l'urée pendant l'accès et, de plus, il présentait souvent de l'ictère. Si l'on admet le rôle pathogénique du foie, il faut évidemment admettre l'existence de

l'émoglobinhémie niée autrefois par Hayem ; mais, comme cette hémoglobinhémie est admise par d'autres, par Du Cazal, Copemann, Lépine, Kuessner, il nous semble que la théorie hépatique mérite d'être prise en considération.

Le traitement de l'hémoglobinurie est purement symptomatique. Pendant l'accès, on mettra le malade au chaud, on donnera des boissons alcoolisées et on fera des frictions sur tout le corps. Des ventouses, des sinapismes combattront la dyspnée. Les toniques seront la base du traitement dans l'intervalle des accès ; les médications antisyphilitiques, a quinine, le salicylate de soude, seront employés si l'on soupçonne la syphilis, l'ami-paludisme ou le rhumatisme.

REVUE DE LA PRESSE AMÉRICAINE

CHIRURGIE

—

Incision longitudinale de la trachée depuis l'isthme du corps thyroïde jusqu'à sa bifurcation pour l'extraction d'un corps étranger de la bronche gauche, par le docteur J.-William Strikles. (*Medical Record*, 29 avril 1893, page 541.) — Chez un enfant de 3 ans qui avait subi une trachéotomie pour croup, un tampon de gaze iodoformé servant au nettoyage de la canule était tombé dans la trachée et n'avait pu être extrait par les méthodes habituelles ; l'incision primitive de trachéotomie fut prolongée jusqu'à la bifurcation de la trachée ; l'extraction du corps étranger devint alors facile au moyen d'une pince introduite directement dans la bronche.

Dans le *Chicago clinical Review*, le docteur Senn fait connaître un procédé ingénieux et pratique pour exécuter « **à blanc** » **la désarticulation de la hanche.**

Le point essentiel du procédé consiste à énucléer l'extrémité supérieure du fémur avant tout, absolument comme s'il s'agissait d'une résection de la hanche. Ce procédé a déjà été employé par plusieurs chirurgiens pour la désarticulation dans les coxalgies rebelles à tout autre traitement.

La partie la plus originale de ce travail réside dans le moyen employé pour obtenir une hémostase préventive des parties molles : ce moyen consiste à transfixer le membre aussi haut que possible avec une longue pince à pression qui pénètre par l'incision externe qui a servi à exécuter le premier temps opératoire ; on ramène la pince chargée d'un tube en caoutchouc ; celui-ci est divisé en son milieu ; les deux bouts de sa moitié postérieure sont amenés sur la face postérieure de la cuisse, où ils se croisent pour aboutir à la face antérieure du membre, où on les noue ; de même pour l'autre ligature en masse.

Ceci fait, on peut sans craindre d'hémorrhagie terminer l'opération ; avant d'ôter les liens élastiques, pinçage des vaisseaux visibles ; double ligature de l'artère fémorale, etc. Pour peu qu'on ait alors la précaution d'enlever d'abord le lien postérieur et de n'ôter l'antérieur qu'après hémostase parfaite, l'hémorrhagie sera presque nulle.

Il recommande le procédé à deux lambeaux : grand antérieur et petit postérieur ; il conseille de drainer l'acetabulum avec une mèche de gaze iodoformée et de mettre deux drains en caoutchouc aux angles de la plaie.

Un cas remarquable de kéloïde est publié par le docteur Taylor, dans le *New-York médical*, journal du 7 janvier 1893.

Il s'agit d'une négresse de 23 ans, offrant au niveau de l'hypogastre et des faces latérales du tronc, des kéloïdes extrêmement volumineuses ; on en trouvait une autre appendue à la mamelle droite et de forme discoïdale ; une troisième, du volume d'une noisette, siégeait en avant de la clavicule gauche ; une quatrième enfin, atteignant le volume d'une orange, était appendue au lobule de l'oreille droite.

A l'exception de la dernière, qui avait succédé à la perforation du lobule et qui avait déjà été extirpée trois fois, toutes ces tumeurs reconnaissaient pour étiologie commune les nombreuses écorchures que la malade se faisait sans cesse vers l'âge de dix ans, alors qu'elle allait, nue jusqu'à la ceinture, chercher du bois mort parmi les broussailles dans la forêt.

Anastomoses tendineuses dans la paralysie infantile. (*Journal of the american médical association*, 28 janvier 1893, page 107.)

Cette opération fut faite pour la première fois par le docteur Parrish, de New-York, au mois de mai 1892; il sutura le tendon de l'extenseur du gros orteil paralysé à celui du jambier antérieur sain. Quelques temps après, la paralysie ayant envahi le jambier postérieur, il sutura le tendon de ce muscle à celui du triceps sural ; dans les deux cas, réunion *post primum* sans drainage et bon résultat fonctionnel.

De son côté, le docteur Phelps, sans avoir connaissance de ces essais, exécuta, au mois de septembre de la même année, la même opération, suturant le tendon du triceps sural paralysé, à celui du long fléchisseur commun des orteils.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mai 1893. — Présidence de M. Périer.

Hydronéphrose intermittente

M. Gérard-Marchant rapporte deux observatsons d'hydronéphrose intermittente. Dans la première, se rapportant à une femme qui présentait de la ptose rénale à droite, une laparotomie avait été faite pour pratiquer l'ablation d'annexes malades, lorsque, peu de temps après, des crises douloureuses survinrent du côté du rein, qui en même temps augmentait de volume et devenait immobile ; la malade avait, en outre, de la fièvre pendant ses crises, et l'on trouvait du pus dans les urines, dont la quantité était notablement diminuée; les crises devenaient tellement fréquentes que M. Marchant ne put refuser à la malade l'intervention qu'elle réclamait et qu'il avait différée, en raison de son mauvais état de santé générale et de la laparotomie récemment subie. Le rein fut incisé, pour permettre l'exploration du bassinet et s'assurer qu'il n'y avait pas de calcul qui aurait pu être le point de départ des accidents; puis, après fixation de l'organe suivant le procédé habituel, un tube à drainage fut placé jusque dans le bassinet. La malade guérit parfaitement, et le drain put être enlevé six semaines après l'opération.

Dans un second cas d'hydronéphrose intermittente, M. Marchant pratiqua la néphrectomie suivie de drainage, le rein était absolument transformé en une poche kystique, infectée par le staphylocoque blanc; l'examen histologique a montré qu'il s'agissait, dans ce cas, de lésions tuberculeuses.

Dans une néphrectomie transpéritonéale qu'il a faite, il y a 10 jours, pour une hydronéphrose devenue permanente, M. Monod a cru pouvoir se passer de drainages et il a fermé complètement la cavité abdominale, après avoir pris toutefois le soin de réunir par des sutures perdues le péritoine profond; mais il considère qu'il faut, pour suivre une pareille conduite, être certain d'avoir affaire à une hydronéphrose aseptique.

M. Lucas-Championnière a toujours fait l'ablation du rein sans drainage, et cela même sans se donner la peine de suturer le péritoine profond.

M. Bouilly rappelle également un cas dans lequel, croyant opérer un kyste de l'ovaire, il tomba sur un rein volumineux et suppuré, qu'il enleva après l'avoir ponctionné et vidé; il ferma le péritoine profond, puis la cavité abdominale, comme dans une laparotomie ordinaire. Il ne devient nécessaire, à son avis, de drainer que quand on est en présence d'une cavité périrénale infectée.

M. Tuffier, qui a opéré une dizaine de cas d'hydronéphrose intermittente, n'a jamais fait de drainage que lorsqu'il ne s'agissait pas de lésions absolument aseptiques.

M. Segond, comme M. Lucas-Championnière, a fait une néphrectomie transpéritonéale, pour un gros rein douloureux depuis des années, en plaçant seulement un fil sur l'uretère et en se dispensant de suturer à part le péritoine profond avant de fermer la cavité abdominale; la malade a parfaitement guéri.

Tout en reconnaissant que, dans quelques-uns des cas qu'il a opérés, il aurait pu se passer du drainage, M. Reclus considère celui-ci comme indispensable dans certains cas, notamment lorsqu'il y a un épaississement notable de la poche.

M. Tuffier, se plaçant au point de vue du mécanisme de l'hydronéphrose intermittente, montre que la question est loin d'être résolue. Il a observé plusieurs fois, au cours de l'intervention chirurgicale, la coudure de l'uretère dans un cas, notamment, où l'uretère ne devenait perméable que quand on exerçait sur la poche une très forte pression. Mais, il y a des cas où l'hydronéphrose intermittente se produit sans qu'il y ait coudure de l'uretère; c'est-à-dire que, dans les cas d'hydronéphrose liée à la tuberculose rénale, tels que celui dont M. Marchant vient de parler; il y a presque toujours un rétrécissement de l'uretère par urétérite tuberculeuse.

M. Lucas-Championnière insiste sur l'impossibilité dans laquelle on se trouve, si l'on veut expliquer d'une façon générale la question d'intermittence de l'hydronéphrose; il y a des cas, en effet, dans lesquels la régularité parfaite de l'intermittence ne peut absolument pas être expliquée par l'interprétation de MM. Terrier et Baudoin.

A ce propos, M. Segond rappelle un fait qui rentre bien dans la catégorie de ceux auxquels M. Lucas-Championnière vient de faire allusion. Il s'agissait d'hydronéphrose intermittente du côté droit, se produisant, avec une périodicité mathématique, tous les 12 ou 13 jours, depuis deux ans, et occasionnant chaque fois des accidents extrêmement douloureux; M. Segond a fait la néphrectomie; dans ce cas, il n'y avait évidemment pas de coudure de l'uretère.

M. Bazy, de son côté, cite une observation dans laquelle l'hydronéphrose était manifestement liée à la mobilité; à certains moments, on ne sentait rien d'anormal, alors qu'à d'autres moments, on constatait au niveau du rein déplacé une grosse tumeur fluctuante, et celle-ci disparaissait lorsque la malade avait remis son rein en place, en se plaçant dans la position génu-pectorale.

Sans nier la possibilité de l'hydronéphrose par coudure de l'uretère, M. Reynier fait observer qu'il y a peut-être des cas où l'on a parlé de coudure de l'uretère, alors que celle-ci pouvait être secondaire, et non pas productive, lorsqu'il existait une certaine distension de l'uretère.

Sur un nouveau procédé de tarsectomie postérieure

M. Félizet décrit un procédé de tarsectomie postérieure, qu'il a eu l'occasion de pratiquer huit fois, depuis quatre ans, pour des lésions tuberculeuses du tarse chez les enfants.

Ce procédé consiste à faire une incision plantaire médiane, permettant d'enlever le calcanéum et d'obtenir ainsi une large cavité dont l'exploration est facile et favorise l'ablation complète des parties malades; on peut ensuite compléter l'opération par le flambage à 1500° préconisé par M. Félizet.

Présentation de malades

M. Delorme montre un jeune soldat atteint de luxation récidivante incomplète du genou.

Présentation de pièces

M. Monod présente des corps étrangers multiples du genou.

M. Félizet présente les pièces d'une hernie inguinale opérée chez un enfant de huit mois, et suivie de guérison parfaite.

BIBLIOTHÈQUE

Hypnotisme et double conscience (origine de leur étude et divers travaux sur des sujets analogues), par le docteur Azam (1 vol., chez Félix Alcan, éditeur).

Ce volume comprend un certain nombre de mémoires déjà publiés par le professeur Azam, dans divers recueils. La notoriété de ces travaux et particulièrement de l'étude sur la double conscience et le dédoublement de la personnalité, qui a pour base la célèbre observation de Télida X, nous dispense actuellement d'en faire l'analyse.

L'heureuse idée qu'a eue le professeur Azam de réunir en un volume ses différents travaux de psychologie pathologique nous f rnit l'occasion de rappeler qu'ils ont contribué pour une large part à la naissance et aux progrès d'une science nouvelle. Après avoir fait connaître, le premier en France, les travaux de Bravid et avoir tiré les études sur l'hypnotisme du discrédit qu'elles avaient dans le monde scientifique, le savant médecin de Bordeaux a contribué à montrer qu e l'hypnotisme, état pathologique, était du domaine de la médecine. Il l'a étudié en médecin, à l'aide de la seule observation clinique. Il montre dans son livre quel merveilleux parti on peut en tirer dans les études de psychologie normale ou pathologique.

FORMULAIRE

Applications locales dans le rhumatisme articulaire aigu (Satterlee)

Teinture de racine d'aconit.................. } Teinture d'arnica.............................. }	àà 15 grammes
Chloroforme.................................	30 —
Teinture de savon camphrée..................	60 —

M. S. — Pour applications locales.

(*Southern med. Rec.*; *Occid. med. Times*, février 1893, p. 87.)

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — La première séance du concours du prosectorat aura lieu jeudi 25 mai, à midi et demi.

Le jury est ainsi constitué :

Juges titulaires : MM. Farabeuf, Richet, Le Fort, Tillaux, Poirier.

Suppléants : MM. Duplay, Sebileau.

— La première séance du concours de l'adjuvat a eu lieu lundi dernier.

Les candidats étaient : MM. Auvray, Bois, Braquehaye, Brunswic, Finet, Mayet, Mignot, Papillon, Picou, Riche, Launay.

La question de la composition écrite était : Sinus de la dure-mère ; Anatomie et physiologie.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Le 10 juillet 1893, il sera ouvert à la Faculté de médecine un concours pour quatre places de chef de clinique : une de clinique chirurgicale; une de clinique médicale; une de clinique ophtalmologique; une de clinique obstétricale.

La durée des fonctions est de deux années.

Le traitement qui y est attaché est de mille francs par an.

— Le dimanche 30 avril, les membres de l'Association médicale mutuelle de la Seine se sont réunis pour pourvoir au remplacement du regretté docteur Lagoguey, président de cette Association, décédé le 8 avril.

Le docteur Rondeau, membre fondateur, secrétaire général, a été élu, à l'unanimité, en remplacement de M. Lagoguey.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement et de départ pour les colonies, des officiers du corps de santé de la marine, au 16 :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel ; 2. Geoffroy ; 3. Mathis ; 4. Duchateau ; 5. Bertrand; 6. Dupont ; 7. Laugier ; 8. de Fornel ; 9. Talairach.

Médecins principaux ; MM. 1. Frison ; 2. Barre ; 3. Miquel ; 4. Maget ; 5. Léo ; 6. Vantalon ; 7. Canoville ; 8. Dollieule ; 9. Siciliano ; 10. Ed. Roux ; 11. Cantellauve ; 12. Riche ; 13. Bodet ; 14. Abelin ;

Médecins de 2e classe. — MM. 1. Renault ; 2. Cairon ; 3. Ono dit Biot ; 4. Vergues ; 5. Houdart ; 6. Collin ; 7. Branzon-Bourgogne ; 8. Caire ; 9. W. Borius ; 10. Titi ; 11. Roux-Freissineng ; 12. Martenot ; 13. Guy ; 14. Bonnescuelle de Lespinois ;

Médecins des troupes. — MM. les médecins de 1re classe 1. Tréguier ; 2. Castagné ; 3. Plouzané ; 4. Daliot ; 5. A. Reynaud ; 6. Clavel ;

MM. les médecins de 2e classe 1. Guilland ; 2. Salaun ; 3. Lorin ; 4. Bonnefoy ; 5. Berriat ; 6. Doublet ; 7. Gombaud ; 8. Condé.

— M. le médecin de 2e classe Lesquendieu, arrive de Brest et embarque sur le *Papin*.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

HYGIÈNE

—

LA DÉSINFECTION SANITAIRE (Fin)

Désinfection des locaux. — C'est la partie la plus délicate des opérations dont nous présentons le tableau. Nous avons dit comment on en était venu progressivement à abandonner tous les désinfectants gazeux (1); on n'emploie plus aujourd'hui que des liquides, et ils doivent remplir trois conditions fondamentales : 1° Ne pas détériorer les surfaces; 2° être d'une application facile et peu coûteuse; 3° être inoffensifs pour les désinfecteurs et pour les habitants qui doivent venir réoccuper le local (2)

Guttmann et Merke ont reconnu, après de nombreuses expériences, que le meilleur liquide pour la désinfection des locaux était la solution de sublimé à 1 p. 1,000. Elle détruit les germes charbonneux en 9 minutes, tandis qu'il en faut 25 pour arriver au même résultat avec la solution à 1 p. 2,000. La solution forte n'endommage pas les papiers de tenture. Guttmann et Merke ont opéré sur 204 échantillons et ont reconnu qu'ils paraissaient plus neufs avant qu'après l'opération, et que leurs couleurs étaient avivées. Il n'y a que les papiers de qualité tout à fait inférieure qui soient altérés et l'eau produirait sur eux le même effet. Le docteur Richard a immergé des échantillons de drap garance dans des solutions de sublimé à 1 p. 1,000 et à 1 p. 100 pendant 50 minutes et, après dessiccation, ils étaient absolument de la même nuance que les échantillons témoins.

Le bichlorure de mercure n'a aucune action sur les murs blanchis à la chaux avec ou sans colle, ni sur les enduits à base métallique ou terreuse. La solution au millième n'a, jusqu'ici, produit aucun accident chez les désinfecteurs; il est bon, toutefois, de prendre à leur égard certaines précautions, quand ils se servent des pulvérisateurs, qu'ils font des lotions à la brosse ou à l'éponge. La meilleure consiste à les relever souvent et à ne pas les laisser séjourner trop longtemps dans l'atmosphère imprégnée de sublimé, parce qu'on pourrait observer chez eux des accidents mercuriels. Quant aux lavages rigoureux après chaque opération, il est inutile d'en parler, puisque nous avons dit qu'ils étaient réglementaires.

La désinfection des locaux au bichlorure est entrée dans la pratique de tous les pays et jamais on n'a observé d'accidents chez les personnes qui ont ensuite occupé les locaux. La solution phéniquée à 5 p. 100 est beaucoup

(1) *Union médicale*, numéro du 27 avril 1893, p. 602.
(2) E. Richard : *Précis d'hygiène appliquée*, Paris, 1891, p. 417.

moins active que celle de sublimé à 1 p. 1,000, et elle coûte 20 fois plus cher (1). Disons toutefois que, dans des expériences toutes récentes faites dans le laboratoire de M. Pasteur, MM. Chamberland et Fornbach ont été conduits à donner la préférence à la solution de chlorure de chaux au dixième (2).

Les solutions doivent être employées chaudes et leur température calculée, de façon qu'elles aient au moins 40 degrés lorsqu'elles arrivent au contact des surfaces à désinfecter. Il est même bon de les faire précéder d'une pulvérisation d'eau chaude simple pour ramollir les germes desséchés (3).

Il ne suffit pas, pour désinfecter un appartement, de remplacer le papier de tenture, ou d'appliquer une nouvelle couche sur l'enduit de la muraille, parce que, pendant qu'on pratique ces opérations, les poussières et les germes qu'elles remuent, volent et flottent dans l'atmosphère et vont se déposer partout. Il faut tuer ces germes sur place et sans les mettre en mouvement. Dans ce but, on laisse le local fermé pendant quelques heures, au bout desquelles toutes les poussières sont tombées sur le plancher ou se sont déposées sur les parois et sur le mobilier. Il est facile alors de les y recueillir, à la condition de pénétrer avec précaution dans l'appartement, de ne pas en agiter l'air, de commencer par mouiller légèrement toutes les surfaces et d'humecter sans cesse ce qu'on remue.

La désinfection des appartements est une opération compliquée, délicate et qui ne donne de garanties sérieuses qu'à la condition d'être effectuée d'une manière irréprochable. Pour en expliquer la technique, ce que nous pouvons faire de mieux c'est d'exposer la façon dont procèdent les agents du service municipal qui ont acquis à cet égard toute l'expérience désirable.

Lorsqu'ils arrivent sur le lieu où ils doivent opérer, ils commencent par revêtir leurs blouses et leurs vêtements de travail; puis ils entrent avec précaution dans l'appartement et commencent par en mouiller le plancher, puis ils y étendent un grand drap de toile forte imbibé de la solution désinfectante. Ils y ramassent, sans précipitation, sans mouvements violents, les vêtements, les objets de literie, les tapis, les rideaux et les tentures qu'on peut enlever sans inconvénient; ils en font un paquet destiné à être emporté à l'étuve. Il faut éviter d'y mettre les fourrures, les pelleteries, les objets en caoutchouc que la chaleur altère, comme nous l'avons dit (4). Les linges tachés de sang, de graisse, de vin, lorsqu'on a omis jusqu'alors de les tremper dans une solution désinfectante, doivent y être plongés avant d'aller à l'étuve. Pour les vêtements qui ne peuvent subir cette immersion, on se contente de laver les taches avec la solution de sublimé additionnée de sel marin, ou bien avec la lessive de soude (5).

---

(1) L'acide phénique est préféré pour la désinfection des crachats des phtisiques, parce qu'il ne les coagule pas comme le sublimé, qui, même à 1 pour 500, ne détruit pas le bacille tuberculeux.

(2) Chamberland et Fernbach : La désinfection des appartements. (*Revue scientifique*, n° 51, 6 mai 1893, n° 559.)

(3) Chamberland et Fernbach. (*Revue scientifique*, numéro du 6 mai 1893.)

(4) *Union médicale*, numéro du 27 avril 1893, p. 604.

(5) H. Napias et A.-J. Martin : Article Désinfectant, de l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, t. V, p. 783.

Les objets qui ne supportent ni l'immersion ni l'étuvage doivent être désinfectés au pulvérisateur à main. MM. Geneste et Herscher en fabriquent trois modèles de dimensions différentes, suivant le but qu'on veut atteindre. Leur description m'entraînerait trop loin. On la trouvera très complète, avec les figures à l'appui, dans le *Précis d'hygiène appliquée* du docteur E. Richard, que nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de citer. Pour les objets extrêmement délicats, comme les cadres, les dorures, les tableaux, on les lave avec précaution, et à l'aide d'un linge imbibé du liquide antiseptique. Les objets en cuir, chaussures, étuis, valises, etc., sont traités au pulvérisateur. Ils ne doivent jamais être envoyés à l'étuve, parce qu'ils en sortiraient racornis et hors de service. Quant aux meubles précieux, aux objets d'art, il faut éviter toute intervention qui pourrait les détériorer lorsqu'elle n'est pas indispensable.

Les meubles en bois, simple ou verni, sont essuyés avec des linges imbibés de solution désinfectante ; ceux qui sont capitonnés, recouverts d'étoffes, de cuir, de toile cirée, sont imprégnés à fond à l'aide du pulvérisateur à main. Les coussins rembourrés de crin, les oreillers de plume, les traversins sont défaits ; l'enveloppe est plongée dans la solution désinfectante ou portée à l'étuve ; le contenu, c'est-à-dire le crin, la laine ou la plume, est immergé dans le liquide désinfectant, puis lavé et séché. Quant au varech et au crin végétal, qui n'ont pas de valeur, il est préférable de les brûler.

Les lits en bois, après avoir été débarrassés de leur contenu, sont lavés au sublimé dans toutes leurs parties, en faisant pénétrer la solution dans les joints et les moulures, comme s'il s'agissait de la destruction des punaises. Après ce lavage, les parties cirées ou vernies sont frottées au tampon huilé.

On fait de même pour les sommiers. Les lits en fer sont démontés et envoyés à l'étuve. Les tables de nuit sont lavées à l'intérieur et à l'extérieur avec la solution de sublimé.

Les ustensiles de cuisine, la vaisselle, les couverts, sont plongés dans l'eau bouillante. Tous les objets sans valeur, chiffons, pailles, vieux papiers, objets de literie trop vieux, infects ou pourris, les jouets qui ont servi aux enfants malades surtout, sont brûlés dans une des cheminées de l'appartement, en même temps que les linges ayant servi aux lavages désinfectants, dont nous avons parlé.

Lorsque l'appartement est débarrassé de tout ce qui peut être enlevé, on procède à sa désinfection méthodique, qui doit se faire pièce par pièce, en commençant par la supérieure,

On se sert pour cela de la solution de sublimé à 1 pour 1,000 que l'on projette successivement sur le plafond (1), les murs, les boiseries, les portes, les fenêtres, les parquets, à l'aide d'un pulvérisateur Geneste et Herscher, ou simplement avec une pompe de jardin. Dans certains cas, on se sert de lavettes, de brosses à main, de pinceaux, d'éponges tenues à la main ou fixées au bout d'un manche en bois. Quand on emploie ces ustensiles, il faut lorsqu'ils ont passé une fois sur la surface infectée, les laver à l'eau

(1) En Allemagne, on ne désinfecte pas le plafond ; on suppose que les microbes n'y adhèrent pas. C'est peut-être beaucoup de confiance. (J. Arnould : *La Désinfection publique*. Paris, 1893, p. 212.)

pure avant de les tremper de nouveau dans la solution désinfectante, autrement celle-ci serait bientôt souillée (1). Ces lavages ne sont possibles que sur les murs revêtus d'enduits imperméables (peintures ou vernis) non susceptibles d'être endommagés ; lorsqu'il s'agit de tentures ou de papiers à surface mate et absorbante, il faut de toute nécessité avoir recours au pulvérisateur. Il est également nécessaire, lorsque les murs sont dégradés, dénudés et en présence d'une infection sérieuse, de gratter les plâtres et les murs avant tout lavage et toute aspersion désinfectante.

Dans l'épidémie de typhus qui a régné à l'île Tudy (Finistère), en 1891, le docteur Touren, médecin de 1re classe de la marine, envoyé dans cette île dès le début de l'épidémie, qui y est resté jusqu'à la fin, et qui a failli en mourir à l'hôpital de Quimper, n'a réussi à désinfecter convenablement les masures contaminées que lorsqu'il a reçu, de Nantes, un pulvérisateur Geneste et Herscher, fonctionnant avec la solution de bichlorure et qui lui a permis de terminer son opération en une semaine (2).

Lorsqu'on a achevé le lavage antiseptique du parquet, par lequel on doit terminer l'opération, on laisse la pièce ouverte de façon à ce qu'elle sèche promptement et puisse être bientôt réoccupée,

On procède de la même façon dans les autres chambres de l'appartement ; dans les cas graves, la désinfection générale est de rigueur ; dans les cas bénins on peut la restreindre aux pièces occupées par les malades ; mais, dans tous les cas, il faut désinfecter les éviers, les vidoirs, les cabinets et les fosses d'aisances. Les éviers sont lavés à la lessive de soude et à la brosse, puis à la solution de sublimé, et on termine en y opérant une chasse d'eau. Les cabinets d'aisance sont purifiés de la même façon que les autres pièces de l'appartement ; il faut de plus projeter dans la cuvette une solution forte pour en laver le fond et les tuyaux de descente.

Les fosses d'aisances qui ont reçu pendant le cours de la maladie des déjections contagieuses doivent être également désinfectées. L'antiseptique qui convient le mieux pour ce cas particulier est le lait de chaux, d'après les expériences de Liborius, de Sfechl, de Kitatato et Phehl, de MM. Richard et Chantemesse (3). Ces deux derniers ont communiqué au Comité consultatif d'hygiène publique, dans sa séance du 8 juillet 1889, un mémoire qui a été reproduit dans la *Revue d'hygiène* et duquel il résulte que la chaux possède une action antiseptique remarquable à l'égard des bacilles typhiques et cholériques. Il suffit pour les détruire de mêler aux matières qui les contiennent 2 p. 100 de lait de chaux. Lorsqu'on le verse dans une fosse qui renferme des matières en putréfaction, il faut s'attendre à voir se dégager des torrents d'ammoniaque, que la chaux déplace de ses combinaisons salines. Il y a ainsi une partie de la chaux perdue pour la désinfection et il faut en verser jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction franchement alcaline, avec le papier de tournesol (4).

---

(1) E. Richard: *Précis d'hygiène appliquée (loc. cit.*, p. 421.)

(2) Docteur Touren, épidémie de typhus, à l'île Tudy (Finistère), mai-août 1891, (*Archives de médecine navale*, 1892, T. LVII, p. 198).

(3) Nous avons vu que MM. Chamberland et Fernbach donnaient la préférence au chlorure de chaux.

(4) Richard et Chantemesse : Désinfection des matières fécales, au moyen du lait de chaux. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1889, T. VI, p. 641).

On peut employer aussi le sulfate de cuivre, à raison de 4 kil. pour 1,000 de matières fécales, et comme la solution est à 20 p. 100, cela fait environ 20 grammes de solution par litre de matières (1).

Les écuries, étables, marchés aux bestiaux où sont survenus des cas de maladies épizootiques, doivent être désinfectés d'après les mêmes procédés ; seulement, comme on n'a pas à craindre la détérioration des surfaces, on emploie des solutions plus actives. Celle de bichlorure à 1,5 p. 1,000 additionnée de 5 p. 1,000 d'acide chlorhydrique donne d'excellents résultats. On se trouve bien également d'une solution de crésyl, à 1 p. 100. Au marché de la Villette, pour désinfecter les 3,600 claies de séparation en bois placées sous la halle aux moutons, on emploie une machine à vapeur spéciale, construite par la maison Geneste et Herscher.

Avec cet appareil, l'opération se fait rapidement. Après la désinfection, les murs sont grattés et blanchis au lait de chaux fraîchement préparé.

Les litières, le fourrage, les planches et fumiers sont jetés au feu ; les objets en métal sont flambés; les harnais sont lavés avec la solution forte de sublimé.

Les voitures et les wagons sont désinfectés par des procédés analogues et il est inutile d'entrer dans le détail de ces opérations qui se ressemblent toutes.

J. Rochard.

OBSERVATION D'OREILLONS AVEC ORCHITE, PROSTATITE ET HÉMOPTYSIE

Par le docteur Jules Comby, médecin de l'hôpital Tenon

D... (Etienne), âgé de 29 ans, jardinier, entre le 11 avril 1893, à l'hôpital Tenon, salle Trousseau n° 1.

C'est un homme robuste, bien portant d'ordinaire, dont voici les antécédents personnels et héréditaires, d'après les notes recueillies par M. de Fontaubert, externe du service :

A l'âge de 2 ans, cet homme aurait eu la rougeole, et vers 7 ou 8 ans, une pleurésie qui aurait duré trois semaines, et qui aurait été traitée par les sangsues et la ponction. Plus tard, étant soldat à Bône (Algérie), il a eu les fièvres intermittentes.

Pas d'autres maladies, pas d'alcoolisme. Les antécédents héréditaires sont insignifiants : sa mère, âgée de 57 ans, est bien portante ; son père est mort accidentellement à 32 ans, une sœur bien portante, deux frère et sœur morts, l'un à 21 ans, l'autre en bas âge.

Aucune maladie importante chez les collatéraux.

Voici comment a évolué la maladie actuelle : Samedi, 8 avril, après avoir travaillé toute la journée dans une serre chaude, notre homme a été pris, vers sept heures du soir, de tremblement, de frissons, et il a remarqué que son testicule droit était enflé, rouge, pesant, douloureux spontanément et au contact,

Pendant toute la nuit, il a eu des sueurs, de la céphalagie, de la cour-

(1) H. Napias et J. Martin. (*Encyclopédie d'hygiène*, T. V, p. 788.)

bature et des douleurs dans les membres inférieurs, il n'a pas pu dormir.

Le lendemain, il veut reprendre son travail, mais il est obligé de se recoucher à dix heures; il veut se relever et parvient avec peine à travailler un peu jusqu'à trois heures. Mais alors il tombe, et on est obligé de l'emporter dans son lit; il est en proie, à partir de ce moment, à un délire violent et son visage se couvre de sueurs. Cet état, en apparence très grave, persiste pendant la nuit du dimanche au lundi et pendant la journée du lundi. Ce jour-là, il accuse des sifflements d'oreilles et les régions parotidiennes sont gonflées et douloureuses.

Le lendemain matin, mardi, un médecin est appelé, il constate le gonflement parotidien, l'orchite droite, le délire, la fièvre, et il conseille le transport à l'hôpital.

A ce moment, l'état semblait très grave, le malade avait une dyspnée très forte, il toussait et finalement il rendit, au milieu des efforts de toux, une grande quantité de sang, un verre, nous dit-il.

Cette hémoptysie abondante ne se renouvela pas et l'oppression diminua. Le soir de l'entrée à l'hôpital, le malade a une température de 39°8, il est abattu et répond mal aux questions qu'on lui pose.

Le lendemain, 12 avril, cinquième jour de la maladie, la température du matin tombe à 38°7 et celle du soir à 38°6; le 13 avril, les chiffres sont encore inférieurs (37°6, 37°5); le 14 avril, le thermomètre marque 37°, et le malade entre en convalescence.

Au moment de notre examen, le gonflement parotidien a disparu, il paraît avoir été très éphémère. Mais les bourses sont volumineuses, rouges, douloureuses; le gonflement porte sur le testicule droit et intéresse à la fois le corps de la glande et son canal sécréteur, l'épididyme, qui est dur, bosselé et très sensible au toucher.

La douleur s'irradie le long du canal déférent et remonte au-dessus de l'arcade de Fallope. Il n'y a pas d'écoulement uréthral.

Le toucher rectal montre une douleur très vive sur la moitié droite de la prostate et au-dessus d'elle, sur le même côté, au niveau de la vésicule séminale; il semble bien qu'il y ait un peu de prostatite accompagnant l'orchite.

Le 15 avril (8e jour de la maladie), le testicule a diminué, il est plus mou, moins douloureux à la pression; il existe encore un peu de céphalalgie, de courbature, et le malade accuse même une douleur sus-orbitaire droite névralgique.

L'examen des poumons, fait avec le plus grand soin, a été absolument négatif, les sommets sont indemnes et la poitrine ne présente aucun râle, aucun bruit anormal, aucune modification de la respiration. Il semble bien que l'hémoptysie ait été l'effet d'une congestion pulmonaire soudaine et fugace, ayant coïncidé avec le délire, l'hyperthermie et la localisation testiculaire.

L'examen des urines, répété à plusieurs reprises, le jour de l'entrée, les jours suivants et pendant la convalescence, n'a pas révélé d'albuminurie.

Le 17 avril, le testicule a repris son volume normal, mais il est plus mou que son congénère, et il est à craindre qu'il ne s'atrophie par la suite.

Le traitement a été des plus simples: sulfate de quinine, purgation (le malade était constipé), compresses émollientes sur le testicule, régime lacté.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes.

En premier lieu, l'*orchite ourlienne* a précédé de deux jours le gonflement parotidien, qui, d'ailleurs, a été fugace. Ce fait, pour être rare, n'en est pas moins connu, il a été signalé par la plupart des médecins qui ont assisté à des épidémies d'oreillons.

En second lieu, l'orchite s'est accompagnée de *prostatite légère*, complication rarement signalée, sur laquelle cependant Gosselin avait appelé l'attention. Il est probable qu'on trouverait souvent la prostate gonflée et douloureuse, si l'on pratiquait habituellement le toucher rectal, dans les cas d'orchite ourlienne.

Enfin, notre malade, qui n'est pas tuberculeux, qui n'a jamais toussé, qui ne présente aucun signe physique de bacillose pulmonaire, a présenté, à la période d'acné de sa maladie, au moment où il était en proie à la fièvre, au délire, à l'oppression, une *hémoptysie* considérable. Je ne puis m'empêcher de voir, dans cette complication très rare, qu'aucun auteur, à ma connaissance, n'a signalée, une manifestation ourlienne.

Désormais, la congestion pulmonaire avec ou sans hémoptysie doit figurer parmi les localisations, les complications, déjà si nombreuses, de l'infection ourlienne.

Projet d'organisation d'un service de garde pendant les dimanches et jours fériés, dans les centres qui possèdent plusieurs médecins

Les sociétés médicales continuent à s'occuper de plus en plus des intérêts professionnels. Dernièrement nous parlions ici même de la question des pensions à donner aux veuves des médecins morts victimes de leur dévouement pendant une épidémie ; nous sommes heureux d'apprendre que cette idée fait du chemin. Aujourd'hui nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs, les propositions élaborées par M. le docteur Albert Leblond, soumises à la réunion de l'Association syndicale des médecins de la Seine, le 20 avril dernier, et adoptées à l'unanimité des membres présents.

I. — Dans chaque quartier, ou dans les quartiers limitrophes, il sera créé, sous le contrôle du Syndicat et parmi les médecins faisant partie de l'Association syndicale, un service de remplacement pour les dimanches et jours fériés.

II. — Les médecins faisant partie d'un groupe seront de service, à tour de rôle, les dimanches et jours fériés. — Le service sera de vingt-quatre heures.

III. — Le médecin de service aura à sa disposition une voiture qui stationnera devant sa porte, de deux heures de l'après-midi à six heures du soir, et de huit heures à dix heures du soir.

IV. — Chaque médecin associé payera une cotisation mensuelle, destinée à couvrir les frais de voiture et de poste nécessités par les convocations. — Cette cotisation sera proportionnelle au nombre des médecins associés de chaque groupe.

V. — Un secrétaire trésorier sera désigné, par chaque groupe, pour faire les convocations et régler les frais de voiture.

VI. — Chaque semaine, deux jours au moins à l'avance, le secrétaire-

trésorier adressera une lettre faisant connaître à chaque associé le nom et le domicile du médecin de service.

La lettre indiquant au médecin son tour de garde lui sera expédiée six jours au moins à l'avance.

Le médecin désigné, au cas où il ne pourrait assurer le service, devra s'entendre avec un confrère et faire connaître dans les quarante-huit heures, au secrétaire-trésorier le nom de son remplaçant, afin que le nom du médecin de service puisse être désigné aux autres confrères dans le délai ci-dessus stipulé, c'est-à-dire deux jours au moins à l'avance.

VII. — Le prix des visites faites appartiendra en entier au médecin de service. — Les honoraires devront être réclamés immédiatement.

VIII. — Le prix des visites sera celui payé par le malade à son médecin ordinaire. — Le médecin de garde devra s'en rapporter à la déclaration du client. — Au cas où il supposerait une fraude, il devrait en référer au médecin habituel du client.

IX. — Toute contestation survenant entre confrères d'un groupe sera soumise au Bureau du syndicat, qui, après débats contradictoires, prononcera un blâme ou l'exclusion du service de remplacement ou même du syndicat.

Comme on peut le voir, c'est un service de garde analogue à celui employé dans l'armée et dans la marine, et mis en usage par les chirurgiens et médecins du Bureau central de Paris.

Ce système est-il applicable ? nous ne voyons à première vue rien qui s'oppose à son application, si ce n'est pourtant son adoption par un nombre suffisant de confrères dans la même ville.

Il est à craindre qu'un médecin ayant une bonne clientèle, ou cherchant à s'en créer une ne s'expose à ne pas répondre à l'appel d'un de ses malades, et on comprend aussi qu'un client tienne à son docteur surtout quand il est dans le cours d'une maladie sérieuse.

Ce ne sont, du reste, là, que des objections jetées au courant de la plume et qui sont loin d'être destinées à empêcher l'étude attentive d'un projet auquel nous souhaitons toute la réussite, s'il doit concourir à l'amélioration de la profession médicale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Traitement du tétanos traumatique

M. Berger fait un rapport sur trois observations de tétanos traumatique adressées par MM. Cerné, Darolles et Follet.

Le malade de M. Cerné présentait des phénomènes tétaniques depuis trois semaines quand on lui fit l'amputation du médius atteint d'une plaie contuse avec ouverture de l'articulation phalango-phalangienne; il se rétablit rapidement. M. Darolles intervint le 10e jour du tétanos et enleva une phalange nécrosée du pouce qui avait été sectionné

par une scie mécanique, il eut aussi un succès. Dans ces deux cas, le chloral avait échoué.

Enfin, le malade de M. Follet avait été atteint de tétanos consécutivement à un phlegmon gangréneux, suite d'un trauma résultant du passage d'une roue de voiture. L'ouverture et la désinfection du décollement pratiquées à plusieurs reprises amenèrent la guérison du tétanos.

Se basant sur ces faits, M. Berger recherche quelle est la valeur du traitement local et en particulier de l'amputation dans la thérapeutique du tétanos. Rappelant les faits récemment publiés par MM. Roux et Veillard, ceux de M. Falmond, et s'appuyant sur sa statistique personnelle qui porte sur 15 cas de tétanos avec deux guérisons seulement survenues chez les deux seuls malades qui furent amputés, le rapporteur accorde la plus grande importance au traitement local.

L'antitoxine ne semble pas avoir de valeur réelle dans le traitement du tétanos. Chez une femme du service de M. Berger, atteinte de tétanos spontané, c'est-à-dire de tétanos dont la porte d'entrée était restée inconnue, M. Roux qui, du reste, considérait le cas comme devant guérir par n'importe quel traitement, pratiqua des injections antitoxiques ; la malade succomba le sixième jour. M. Rougé, médecin dans l'expédition du Dahomey, a eu deux échecs sur deux cas traités par l'antitoxine. Enfin, la valeur préventive de ces injections, est loin d'être établie, car elles n'ont pas, dans plusieurs cas, empêché le tétanos de se développer.

L'amputation supprime le foyer d'origine de l'infection tétanique ; il est évident que le tétanos étant déjà développé, il y a déjà une intoxication ; mais, après l'amputation, cette intoxication est arrêtée. L'amputation ne peut pas toujours être efficaceet la toxine tétanique a déjà pu quelquefois pénétrer en assez grande quantité dans l'économie lorsqu'on la pratique pour que la mort soit inévitable. Elle est cependant préférable au chloral, à la résection des nerfs des membres qui ont échoué entre les mains de M. Berger.

Il n'y a naturellement pas de règles précises à poser relativement à l'indication de l'amputation. On devra se guider, dans chaque cas particulier, sur la nature du traumatique, l'importance du membre, etc. Si on se décide à la pratiquer, il faudra naturellement y avoir recours le plus tôt possible. Il est des cas où l'éradication du foyer traumatique peut suffire, à la condition d'enlever une large zone de tissus sains ; de même il sera parfois possible de se borner à l'ouverture large et à la désinfection minutieuse du foyer traumatique.

L'amputation n'aggrave pas sensiblement le pronostic du tétanos ; les dangers de la chloroformisation, en pareil cas, ont été exagérés ; c'est au point de vue de la mutilation qu'il faut se placer pour juger la question de l'amputation.

Retour de la sensibilité après suture des nerfs

M. Laborde rapporte une expérience qui vient à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue dans les précédentes séances. Lorsque, chez un chien ou un lapin, on isole les deux pneumogastriques, il est facile, après avoir isolé un segment de ce nerf entre deux fils, de déterminer le courant minimum qui arrête le cœur. Si alors on sectionne le nerf entre les deux fils et que l'on suture, aussitôt le même courant minimum appliqué au bout central ne produit rien.

Dans le cas de M. Le Dentu, l'élongation et les sutures ont entraîné la disparition des troubles trophiques, les troubles moteurs et sensitifs, persistent, il est impossible de donner une explication physiologique de ce fait. M. Dayot (de Rouen) a vu la sensibilité reparaître à la suite de la suture du sciatique sectionné, mais s'était une sensibilité diffuse et légère et les pointes de l'esthésiomètre ne purent être nettement senties qu'après deux

mois, quand le nerf fut régénéré. Au début, la sensibilité récurrente était seule revenue.

M. Le Fort ne croit pas, tout en reconnaissant la réalité des phénomènes de dynamogénie et d'inhibition, qu'un simple traumatisme extérieur puisse remplacer la suture d'un nerf.

Nouvelles recherches sur la production d'une greffe hétéroplastique après trépanation du crâne.

M. Mossé. — Dans des travaux antérieurs (1887-88), M. Mossé a déjà fait connaître le résultat de ses recherches sur la production d'une greffe osseuse après la trépanation du crâne. La réimplantation de la rondelle, sa transplantation sur des animaux de même espèce ou sur des animaux d'espèce différente, avaient été suivies de succès. Or, si diverses observations avaient déjà établi la réalité des greffes des deux premiers groupes (greffe autoplastique et greffe homoplastique), il n'en était pas de même de celles du troisième groupe (greffes hétéroplastiques). Ici, les faits étaient extrêmement rares, leur valeur discutée, contestée même par M. le Professeur Ollier, dont les travaux font à juste titre autorité dans ces questions.

La greffe obtenue du chien au singe, vérifiée directement deux mois après l'opération, méritait de fixer l'attention, d'autant plus qu'à ce moment on ne connnaissait qu'une seule observation, celle de Mac-Ewen (1874), dans laquelle une greffe tentée dans des conditions analogues chez l'homme eût été suivie de succès.

Toutefois, on pouvait objecter que les expériences relatées, quoique intéressantes par leur résultat immédiat, manquaient de la sanction réclamée à bon droit par ceux qui émettent les plus grands doutes sur la réalité des greffes hétéroplastiques, la sanction de la durée.

M. Mossé, qui était allé au-devant de cette objection, donne, dans sa nouvelle communication, des renseignements complémentaires à ce sujet. Il apporte, de plus, une nouvelle observation de greffe hétéroplastique réalisée sur le lapin au moyen d'un fragment osseux emprunté à un chat tué brusquement par un traumatisme inopiné. La transplantation de la rondelle a eu lieu une heure un quart après la mort.

Le singe a été tenu en observation jusqu'au moment de sa mort, survenue accidentellement 15 mois après l'opération.

La chienne sur laquelle avait été transplantée la rondelle enlevée au singe a été surveillée pendant 32 mois.

Enfin, le lapin qui avait reçu, après trépanation, la rondelle du chat, a été sacrifié après que l'observation avait duré 45 mois, c'est-à-dire près de 4 ans.

On peut donc reconnaître à ces expériences, en grande partie du moins, le caractère « d'expériences à longue échéance » nécessaire pour trancher la question toujours discutée des greffes hétéroplastiques. Pendant la vie, des incisions exploratrices comprenant le tégument, les parties molles et le périoste avaient permis de constater l'état de la greffe et des parties avoisinantes. Les résultats de ces diverses explorations, ainsi que l'état des parties au moment de l'autopsie, ont été analysées et discutées avec soin de manière à en tirer des déductions intéressantes au point de vue physiologique et médical.

La greffe hétéroplastique a persisté *chez le singe* jusqu'au moment de la mort; à cette époque, le transplant encore bien reconnaissable adhérait solidement au crâne, et il y avait fusion intime de la moitié au moins de sa circonférence avec l'os frontal. L'autre moitié environ de la rondelle amincie, échancrée, était séparée de cet os par un sillon irrégulier, comblé pendant la vie par des parties molles, sauf sur un point où existait une travée osseuse. Sur la pièce sèche présentée à l'Académie, cette disposition est plus

évidente; elle amène à penser que, sur cette partie, la résorption se serait encore accentuée en cas de survie. L'union intime du crâne et de la greffe paraît, au contraire, définitive sur l'autre moitié de la rondelle.

Chez la chienne, la greffe a moins bien réussi. 15 mois après la trépanation, il ne paraissait pas y avoir une réelle greffe. Le transplant, réuni à l'os simplement par une membrane fibro-musculaire, gardait son aspect et ses dimensions, mais il était mobile et, quoique très bien toléré par l'organisme, ne vivait pas de sa vie, n'en faisait pas partie en un mot. 32 mois après l'opération, la rondelle avait disparu, l'orifice était fermé par des parties molles.

Chez le lapin, l'expérience a été prolongée pendant quatre ans environ; pendant ce temps, l'animal a continué à vivre, se développer et se reproduire d'une façon normale. Les fréquentes incisions exploratrices, comme l'examen macroscopique au moment où il venait d'être sacrifié, ont établi la permanence de la greffe et la vitalité du transplant.

Si on tient compte du rang occupé dans la série animale par les sujets en expérience, on voit que la greffe a mieux réussi de l'inférieur au supérieur (Exp. I) que du supérieur à l'inférieur (Exp. II), fait en complet accord avec la règle posée par M. Ollier dans son récent travail. Il n'en est pas de même dans l'expérience III, dans lequelle la greffe a bien réussi de « l'inférieur au supérieur ». Mais ici, les deux animaux étaient plus jeunes. Aussi M. Mossé, tout en reconnaissant la règle relative à l'espèce, est-il disposé à croire que, dans les greffes hétéroplastiques, la condition d'âge prime celle de l'espèce.

Les nouveaux documents apportés au débat, par ce travail, les études d'Adamkiewicz (1889), les greffes hétéroplastiques tentées chez l'homme par Jacksh (1889), Ricard (1891) prouvent donc bien aujourd'hui que, chez l'homme comme chez les animaux, la réalité de la greffe hétéroplastique cranienne doit être mise hors de cause. La dernière expérience est une preuve positive de la permanence possible de cette greffe; cependant, avant de généraliser, il est prudent de faire quelques réserves et de solliciter de nouvelles expériences.

Les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour préciser toutes les conditions du succès, mais (sans parler de la nécessité de l'antisepsie), trois points semblent acquis en médecine expérimentale :

1° La greffe hétéroplastique réussit surtout de l'espèce inférieure à l'espèce supérieure (condition favorable pour la chirurgie humaine);

2° Le transplant doit être pris dans une espèce voisine ; toutefois, la greffe a plusieurs fois bien réussi avec des transplants empruntés à une espèce assez éloignée ;

3° L'animal qui fournit le transplant doit être jeune. Il peut y avoir avantage à choisir un transplant contenant encore son point d'ossification.

Un résultat important à noter aussi, c'est qu'il a été possible d'utiliser avec succès complet, dans la production d'une greffe hétéroplastique, un fragment osseux emprunté à un animal mort depuis plus d'une heure.

Quelles déductions pratiques peut-on tirer de ces expériences commencées surtout dans un but scientifique ?

Dans sa première communication, M. Mossé, sans vouloir conclure de l'animal à l'homme, avait fait remarquer que, rapprochées de l'observation de Mac-Ewen, ses recherches étaient susceptibles d'offrir un certain intérêt pratique. L'événement semble lui avoir donné raison. Il estime cependant devoir se tenir sur la réserve et se contenter de signaler les résultats obtenus à l'attention des médecins.

« Aujourd'hui, dit-il en terminant son étude, non plus qu'i y a cinq ans, nous ne voulons nous autoriser ni de notre nouvelle expérimentation sur les animaux, ni des observations cliniques maintenant plus nombreuses pour préconiser la greffe osseuse

après trépanation du crâne. Les circonstances dans lesquelles se pratique cette opération — qui malgré l'antisepsie ne saurait être considérée comme une opération sans importance — sont nombreuses et variables. C'est au chirurgien qu'il appartiendra de poser les indications de son intervention et de décider, suivant le cas actuel, la manière dont il devra réparer la brèche opératoire.

Dans le cas où il y aurait indication de reconstituer la consistance osseuse de la boîte cranienne par la greffe, si on ne pouvait pratiquer une greffe interhumaine, la greffe hétéroplastique pourrait être tentée avec chances de durable succès. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 mai 1893. — Présidence de M. Fernet.

Observation d'oreillons avec orchite, prostatite et hémoptysie

M. Comby rapporte l'observation qui porte ce titre et que nous avons donné *in extenso* aux premières pages du journal.

M. Merklen a observé lui aussi, un cas d'hémoptysie au cours des oreillons. Il s'agissait d'un homme de 30 ans qui eut parotidite et orchite avec phénomènes généraux graves; au déclin de l'affection, il fut pris d'une névralgie diaphragmatique intense avec dyspnée, sueurs froides, et, le lendemain, il eut une hémoptysie; l'auscultation révéla l'existence d'un foyer d'apoplexie pulmonaire à la base gauche; pas de fièvre.

M. Merklen regarde l'hémoptysie comme une complication exceptionnelle des oreillons.

M. Catrin, sur un grand nombre d'orchites ourliennes qu'il a examinées, a presque toujours trouvé l'épididyme pris au début de la localisation testiculaire; l'épididyme était atteint aussi chez le malade de M. Comby.

Les traitements de l'érysipèle de la face

M. Juhel-Renoy a soigné, depuis qu'il est à Aubervilliers, un grand nombre de cas d'érysipèle de la face. Il a successivement employé les divers traitements préconisés, et il veut présenter à la Société quelques remarques sur ces divers traitements.

Tout d'abord il n'a pas tenu compte de ces formes atténuées, apyrétiques que l'on rencontre chez les strumeux ; elles ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux et guérissent très rapidement.

Dans les cas ordinaires, le traitement par les compresses émollientes, par la vaseline simple, n'ont en rien influencé la marche de l'affection.

Préparations phéniquées. — M. Juhel-Rénoy a employé l'huile phéniquée à 10 p. 100. Chez tous les malades, la médication n'a pas entravé la propagation et l'évolution de l'érysipèle ni les phénomènes généraux; elle empêche cependant la formation des croûtes post-phlycténulaires.

Les résultats n'ont pas été meilleurs avec les injections, autour de la plaque érysipélateuse, d'une solution phéniquée à 5 p. 100.

Préparations boriquées. — Application de compresses boriquées, vaseline boriquée, etc.; aucun succès ; mais beaucoup moins de douleurs qu'avec les préparations phéniquées.

Pulvérisation de sublimé et d'éther. — M. Juhel-Rénoy n'a pas obtenu les résultats annoncés par Talamon; celui-ci a sans doute traité par cette méthode beaucoup d'érysipèles sur le point de finir, car il n'est pas rare de voir les malades arriver à l'hôpital au quatrième ou au cinquième jour de leur affection. M. Juhel-Rénoy rappelle en outre la vésication, la douleur, les pigmentations que produit la méthode de Talamon.

Bandelette de diachylon et collodion.— Ce dernier n'a pas donné de bons résultats ; on peut circonscrire l'érysipèle quatre fois sur dix environ, avec des bandelettes de diachylon. Dans le même but, M. Juhel-Rénoy a employé la *traumaticine au sublimé.*

Ichtyol. — Ce corps a été beaucoup employé en Allemagne, où on lui attribue une grande valeur contre l'érysipélocoque, M. Juhel-Rénoy a constaté ses bons effets en cernant l'érysipèle au moyen d'une *traumaticine à l'ichthyol* appliquée à 2 ou 3 centimètres en dehors de la plaque érysipélateuse.

On ne peut affirmer que l'itchthyol détrônera tous les autres médicaments, comme cela a été dit en Allemagne, mais cette substance rendra certainement de grands services, surtout quand on l'emploiera dans une traumaticine pour circonscrire les plaques érysipélateuses.

M. Hayem rappelle qu'il a employé, pour cerner l'érysipèle, des badigeonnages de 2 centimètres de large (un sur la plaque, l'autre sur les tissus sains), avec une solution à parties égales d'acide phénique et d'alcool. En faisant ce badigeonnage légèrement et avec soin, on évite toute brûlure et toute cicatrice, et on arrête très bien l'érysipèle. En tout cas, on peut employer ce procédé pour les érysipèles du tronc et des membres. L'application de la préparation phéniquée n'est pas douloureuse ; elle produit au contraire l'anesthésie.

M. Ferrand a obtenu, avec l'aristol, un grand soulagement de la douleur. En outre, chez un malade atteint d'érysipèle à répétition et dans un mauvais état général, un traitement par la teinture d'iode à l'intérieur à progressivement atténué, espacé et fait disparaître les récidives.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 18 mai 1893. — Présidence de M. Besnier.

Syphilose de l'axe cérébro-spinal

M. Mendel présente à la Société une femme, hystérique, présentant des troubles nerveux vraisemblablement d'origine syphilitique. La syphilis, bien traitée, du reste, remonte à avril 1889 et les accidents nerveux débutèrent par de la céphalée en janvier de cette année. Les principaux symptômes furent ensuite de la diplopie, une paralysie de la sixième, puis de la troisième paire du côté gauche, de l'exagération des réflexes rotuliens, de la trépidation épileptoïde, sans polyurie considérable avec un peu de glycosurie, de la faiblesse et de l'amaigrissement, etc. Tout récemment, est apparu un tremblement se produisant à l'occasion des mouvements volontaires. Il est probable qu'il s'agit d'une syphilis nerveuse précoce avec lésions diverses de l'axe nerveux.

Hystéro-neurasthénie syphilitique

M. Fournier rapporte l'observation d'une femme de 23 ans, nerveuse, qui fut atteinte de syphilis en 1892. Sous l'influence d'une poussée d'accidents nerveux en mars dernier, il se développa des phénomènes neurasthéniques caractérisés par la dépression des forces physiques et intellectuelles, des vertiges et de l'émotivité. En même temps apparaissaient des stygmates hystériques : rétrécissement du champ visuel, diminution de l'ouïe, etc.; deux symptômes étaient très particuliers, à savoir : une convulsion spasmodique du muscle droit supérieur de l'œil et une algidité périphérique très marquée, la température des pieds étant de 24°. On constatait l'alternance de la syncope et de l'asphyxies locale, les doigts devenant successivement blancs et bleuâtres. La guérison presque complète survint sous l'action d'un traitement mixte et reconstituant et de l'emploi de l'hydrothérapie.

Gangrène symétrique des extrémités.

M. Mendel montre de nouveau, à la Société, l'enfant qu'il a déjà présenté il y a un mois et qui, depuis, a eu une troisième récidive de la maladie de Raynaud. Les plaques gangréneuses ont apparu au dos du pied et ont atteint de grandes dimensions. A la chute des eschares succédèrent de petites ulcérations qui guérirent rapidement.

Epithélioma papillome du prépuce et du gland

MM. Darier et Fournier présentent un malade atteint d'hépithélioma papillome de la verge et du gland, qui se présente sous la forme d'une plaque bien limitée et peu saillante non ulcérée. La surface est rouge, brillante et veloutée ; il n'y a pas d'induration sous-jacente ni de retentissement ganglionnaire. La plaque a apparu il y a quatre ans et s'est développée peu à peu. Le malade n'est pas syphilitique, mais a eu plusieurs blennorrhagies. On doit rejeter les hypothèses de syphilide, de diabétide, de lupus et s'arrêter à l'idée d'épithélioma. L'examen trophique a montré que l'on avait affaire à un néoplasme épithélial qui n'est ni un papillome corné ni un papillome muqueux, mais un épithélioma très voisin des papillomes.

M. Fournier insiste sur les caractères d'indolence et de chronicité de la lésion qui ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire et M. Besnier propose un traitement par le naphtol camphré.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 mai 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : MM. Leudet et Wurtz : Identité du bacille de Pasteur et du bacillus lacti agrogenes. — MM. Laveran et Catrin : Le microbe des oreillons. — Communications diverses.

M. Leudet a poursuivi, en collaboration avec M. Wurtz, des recherches dont il résulte que le bacille de Pasteur et le bacillus lacti acrogenes d'Ercherich sont identiques. Le caractère principal de ce dernier microbe est de produire une fermentation intense dans du lait stérilisé placé à l'abri de l'air. Le bacille lactique de Pasteur possède également cette propriété. Le bacillus lacti acrogenes peut être une variété du bacille de Pasteur, mais on ne peut l'élever au rang d'espèce particulière.

— MM. Laveran et Catrin ont déjà décrit, dans les oreillons, un diplocoque qui serait l'agent pathogène de la maladie et qu'ils ont retrouvé dans différents liquides, et surtout dans le sang. Ce même microbe a été décelé par eux dans l'exsudat parotidien 19 fois sur 56 cas; dans l'orchite, 13 fois sur 16; dans le sang, 10 fois sur 25; dans l'œdème localisé, 3 fois sur 3; dans l'orchite ourlienne, 2 fois sur 2; en somme, sur 92 cas, le même microbe a été retrouvé 67 fois. Le diplocoque peut encore être mis en évidence quinze jours après la guérison, ce qui explique pourquoi les oreillons sont contagieux pendant longtemps.

Des injections sous-cutanées ou intra-péritonéales de cultures faites sur le cobaye, le lapin, la souris et le chien n'ont donné que des résultats négatifs, sauf la souris, où le microbe a déterminé des accidents qui, du reste, n'avaient rien de commun avec les oreillons. Les inoculations faites dans le testicule du chien produisent une orchite.

— M. Charrin présente des cultures de bacille pyocyanique qui ont été soumises à de fortes pressions. Après quelques heures, les cultures deviennent stériles et perdent leur pouvoir chromogène.

M. Chauveau a fait des expériences analogues avec la bactéridie charbonneuse, mais le microbe avait dû être laissé en présence de l'air, car il est aérobie.

— D'une note de M. Brown-Séquard, il résulte que l'acromégalie peut être traitée par un liquide organique composé du mélange de liquides extraits du corps thyroïde, de la moelle des os et de la rate.

COURRIER

MM. les docteurs Girode, Deschamps et Wurtz, anciens internes des hôpitaux, sont nommés pour trois ans auditeurs près le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

M. le docteur Variot, médecin des hôpitaux, remplace M. Horteloup dans le conseil de santé des auteurs et compositeurs dramatiques.

Lyon : M. le docteur Pic a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

Nantes : M. le docteur Edm. Vignard a été nommé, après concours, chirurgien suppléant des hôpitaux.

— Le maire de Lille vient de créer, par arrêté, une commission permanente d'hygiène et de salubrité publiques.

— Nous apprenons la fondation de la Société belge de chirurgie. Les membres titulaires sont limités à 50, dont 30 fondateurs. Les séances auront lieu à Bruxelles, le dernier samedi de chaque mois.

Ce coquin de Koch. — L'agence Dalziel, qui a annoncé le divorce du professeur Koch, prétend qu'il épousera prochainement une actrice qui tenait autrefois, au Berliner-Théâtre, l'emploi des ingénues.

Congrès annuel des médecins aliénistes français. — Le Congrès annuel des médecins aliénistes français se réunira à La Rochelle du 1er août au 9 août 1893.

Le Congrès discutera spécialement les questions suivantes :

1° Pathologie : « Des auto-intoxications dans les maladies mentales. » — Rapporteurs : MM. les docteurs Régis et Chevalier-Lavaure ;

2° Médecine légale : « Des faux témoignages des aliénés devant la justice. » — Rapporteur : M. le docteur Cullerre ;

3° Législation et administration : « Des sociétés de patronage des aliénés. » — Rapporteur : M. le docteur Giraud.

Les rapports sur ces questions seront adressés en temps utile aux adhérents.

Des séances spéciales seront réservées aux communications particulières. Adresser son adhésion et sa cotisation de 20 francs à M. le docteur H. Mabille, directeur de l'asile de Lafond (La Rochelle).

— Nous recevons de Budapest la note suivante que nous transcrivons textuellement :

Huitième congrès international d'hygiène et de démographie. — Vu la conclusion du septième congrès d'hygiène et de démographie tenu à Londres, que le huitième congrès aura lieu, comme on le sait en 1894, à Budapest, par l'invitation de la municipalité de a capitale et résidence, de sorte que ce congrès sera considéré comme hôte de la ville. Les comités d'organisations et d'exécutions sont entièrement préoccupés par les préparatifs.

S. M. François-Joseph, empereur d'Autriche et roi apostolique de Hongrie, a entrepris le protectorat de ce congrès. Les deux divisions, dont l'une pour l'hygiène et l'autre pour la démographie, comprendront les sections dans l'ordre suivant, savoir :

Première division d'hygiène. — 1re section, étiologie des épidémies, bactériologie ; 2e prophylaxie des épidémies ; 3e hygiène professionnelle ; 4e (a) hygiène de l'enfant, (b) hygiène des écoles ; 5e aliment ; 6e (a) hygiène des constructions publiques, (b) hygiène d'habitations ; 7e hygiènes des villes ; 8e (a) hygiène des chemins de fer et de navigation, (b) état des touristes ; 9e (a) état sanitaire stratégique, (b) croix rouge, (c) premiers secours ; 10e hygiène des bains ; 11e police sanitaire ; 12e état sanitaire ; 13e pharmacie.

Première division de démographie. — 1re section, histoire ; 2e anthropométrie ; 3e Tech-

nique de la démographie; 4e démographie des producteurs; 5e démographie des ouvriers; 6e démographie des grandes villes; 7e Statistiques des défauts d'esprit et de corps.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE ROME. — Les présidents des quinze sections du Congrès international de médecine, qui va se réunir à Rome, viennent d'être désignés. Ce sont :

1o Anatomie : M. Todaro (Rome);
2o Physiologie : M. Moleschott (Rome); (1)
3o Pathologie générale et anatomie pathologique : M. Bizzorero (Turin);
4o Pharmacologie : M. Semmola (Naples);
5o Médecine interne : M. Baccelli (Rome);
6o Chirurgie : M. Durante (Rome);
7o Accouchements : Pasquale (Rome);
8o Laryngologie : M. Massei (Naples);
9o Otologie : M. de Rossi (Rome);
10o Ophtalmologie : M. Raymond (Turin);
11o Médecine et chirurgie d'armée : M. Baroffio (Rome);
12o Hygiène : M. Pagliani (Rome);
13o Dermatologie : M. de Amicis (Naples);
14o Médecine légale : M. de Crecchio (Naples);
15o Odontologie : M. Couilliaux (Milan).

— Actuellement il existe dans nos sept Facultés de médecine, 129 femmes : 22 Françaises, 95 Russes, 4 Roumaines, 2 Anglaises, 2 Serbes, 2 Bulgares, 1 Turque et 1 Allemande). Sont inscrites aussi à la Faculté de droit de Paris : 2 femmes (1 Russe et 1 Alsacienne); aux Facultés des sciences : 29 femmes (23 Françaises, 5 Russes, 1 Américaine); aux Facultés des lettres : 249 femmes (226 Françaises, 11 Russes, 4 Roumaines, 3 Anglaises, 2 Américaines, 1 Italienne, 1 Suissesse et 1 Allemande); enfin, 14 Françaises suivent les cours des Écoles de pharmacie, ce qui porte à 403 le nombre total de nos étudiantes.

— Le tribunal de Valence a condamné, le 10 mars 1893, après plainte formée par le Syndicat des pharmaciens de la Drôme, une sœur de charité, qui était attachée à l'hôpital de Valence et qui se livrait à la vente des médicaments pour le compte dudit hôpital. Elle a été condamnée à 500 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger, et 100 francs de dommages-intérêts envers le Syndicat. (*Rép. de pharmacie.*)

NÉCROLOGIE. — Le docteur Le Comte, de Vitteaux (Côte-d'Or), reçu en 1850. — Le docteur Ovize, de Cours (Rhône), reçu en 1885. — Le docteur Mac Gavin, reçu en 1848, très répandu dans la colonie anglaise de Paris. — Le docteur Portefaix, de Paris, reçu en 1885. — Le docteur Cambassède, du Vigan (Gard), reçu en 1868. — Le docteur Robert, de Bordeaux, reçu en 1888. Le docteur Valin (Paul), de Fécamp, reçu en 1838. — Le docteur Dupinet, de Payzac (Dordogne). — Le Comte (de Vitteaux) et Vincent (de Guéret).

(1) Les journaux viennent d'annoncer la mort du professeur Moleschott.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

par H. Richardière, médecin des hôpitaux

Si on en juge par les chiffres donnés dans le dernier bulletin hebdomadaire de la statistique municipale, l'épidémie de grippe qui a sévi à Paris pendant le mois d'avril dernier est actuellement terminée. La mortalité, qui avait dépassé le chiffre de 1,600 décès pendant les 15e et 16e semaines, au moment où l'épidémie sévissait avec la plus grande violence, est tombée pendant la dernière semaine (la 18e) à 1,162. Cette diminution dans le nombre des décès qui porte presque exclusivement sur les cas de mort dus aux maladies des organes de la respiratoin, principalement et presque exclusivement frappés par l'infection grippale, montre que l'épidémie est à sa fin. Elle concorde heureusement avec la rareté devenue assez grande des cas de grippe constatés en ville et dans les hôpitaux.

L'épidémie pouvant être considérée comme terminée, le moment est venu d'établir d'une manière approximative le bilan des ravages qu'elle a causés dans la population parisienne, et d'étudier les caractères généraux de cette nouvelle incursion de la grippe.

L'épidémie a débuté à la fin de mars (pendant la 13e semaine de l'année). C'est pendant la 13e semaine que les bulletins statistiques ont porté, pour la première fois, la mention « grippe », comme cause de 8 décès. Pendant cette semaine, la mortalité parisienne a commencé à s'élever; elle a dépassé de plus de 100 décès la mortalité de la semaine précédente. A partir de cette époque, la mortalité a augmenté dans des proportions considérables. Elle a atteint 1,436 décès pendant la 14e semaine, 1,622 pendant la 15e, 1,673

FEUILLETON

Les nains du Cirque-d'Eté. — Tatouage et Autopsie

Les nains ne sont pas absolument rares. Il est peu de personnes qui n'aient eu l'occasion d'en voir exhiber dans les fêtes foraines, où ils procurent à leurs barnums des recettes dont l'importance croit en raison inverse de la taille des petits phénomènes. Mais il y a nain et nain.

La plupart de ceux qui voyagent à travers le monde, au fond d'une roulotte, et qu'on présente, le soir, à « l'honorable société », derrière la toile rapiécée d'une mauvaise baraque, sont destinés à ne pas dépasser les bornes d'une notoriété tout à fait réduite. Ignorés « du grand public », méconnus de la foule, ils n'attirent un instant la curiosité qu'à grand renfort de réclame bruyante.

Nul ne franchirait la porte de l'établissement dont ils font la gloire si, dans les intervalles des roulements de tambour et des enrouements de trombone, qui ont la para-

pendant la 16e. Arrivée à ce chiffre, elle a commencé à décroître et est descendue à 1,355 pendant la 17e semaine.

En comparant le chiffre total de la mortalité parisienne pendant les cinq semaines de l'épidémie grippale, au chiffre de la mortalité pendant la période correspondante des quatre années précédentes, on voit que, pendant le mois d'avril 1893, le chiffre des décès a dépassé le chiffre des années antérieures de plus de 1,800 cas de mort qui peuvent être, pour la plupart, attribués à l'épidémie.

La grippe (sans autre mention) figure assez rarement comme cause de décès. Elle n'est signalée que 242 fois pendant les cinq semaines de l'épidémie. Ce sont les affections des voies respiratoires (la bronchite aiguë et chronique, la broncho-pneumonie, la pneumonie, les affections désignées en bloc par la statistique officielle sous la rubrique : *autres affections des voies respiratoires*) qui subissent une augmentation considérable et expliquent par leur nombre l'accroissement du nombre des décès. La pneumonie (803 cas) ; la broncho-pneumonie (470) sont les principales causes de morts. Ce résultat n'a rien de surprenant. Il est conforme à ce qu'on observe dans toutes les épidémies grippales. La grippe non compliquée, n'est presque jamais suivie de mort. La maladie emprunte toute sa gravité aux complications thoraciques qui peuvent se présenter, particulièrement à la pneumonie et à la broncho-pneumonie qui la compliquait si fréquemment.

Contrairement aux observations faites pendant d'autres épidémies de grippe particulièrement pendant l'épidémie de 1889-1890, la grippe n'a pas élevé sensiblement la mortalité des malades atteints d'affections thoraciques antérieurement constatées. Pendant les cinq semaines de l'épidémie, la mortalité par tuberculose pulmonaire a été à peu près la même que pendant les semaines correspondantes des quatre années antérieures. Elle a oscillé entre 210 et 247, la moyenne des quatre années précédentes étant de 214.

Les causes de l'épidémie grippale qui vient de finir nous échappent jusqu'à ce jour. Nous n'apprendrons rien à nos lecteurs en rappelant que l'épidé-

---

doxale propriété d'attirer les badauds et de les retenir groupés, le « directeur » n'avait soin de montrer, appendus au-dessus du « contrôle », entre deux boules de verre argenté, des certificats de « nos plus illustres savants », déclarant que le « sujet que vous allez voir à l'intérieur, est naturel et parfaitement conformé ».

On entre et bientôt, par une porte grande comme chatière, ménagée dans le bas d'une boiserie, on voit venir, vêtue de falbalas fripés, une sorte de grande poupée, aux cheveux rares et blondasses, à l'aspect de jouet défraîchi, dont la voix étrange, cassée, triste, ajoute encore à l'impression pénible qu'avait produite sa vue : « Je suis la jeune personne annoncée à la porte » ; — elle salue et s'asseoit sur une chaise de bébé jumeau. — « J'ai douze ans » — elle déploie un éventail miniscule comme on en met dans les œufs de Pâques. — « Je me porte très bien et on est très bon pour moi. » — Elle va prendre dans un coin une bourse qui paraît immense, car c'est le seul objet dont elle se serve qui n'ait pas été proportionné à sa taille, et « fait le tour de la compagnie », — « on me laisse cela pour mes petits bénéfices ».

Je connais peu de choses aussi navrantes que ce spectacle : l'exploitation du dernier degré de l'infirmité et de la dégradation de l'espèce humaine.

Cela c'est le *vulgum pecus* du nanisme ; ce sont les parias d'une profession qui eut jadis

mie a débuté à un moment où les conditions météorologiques, invoquées ordinairement pour expliquer le développement des affections des voies respiratoires, faisaient complètement défaut. La grippe a fait son apparition alors que la température était remarquablement chaude, élevée de plusieurs degrés au-dessus de la normale. Pendant toute la durée de l'épidémie l'air a été particulièrement dépourvu d'humidité. Les vents ont soufflé constamment de l'Est ou du Nord-Est. Les conditions atmosphériques de la zone parisienne sont restées les mêmes jusqu'à la fin de l'épidémie. Au moment de sa décroissance, elles n'ont pas subi de modifications appréciables.

Il est impossible de voir aucun rapport entre cette épidémie et l'état de l'atmosphère, car d'autres épidémies sont survenues dans des conditions atmosphériques absolument différentes.

Les formes cliniques de la grippe ont été très diverses. Nous avons revu la plupart des formes décrites précédemment. La grippe nerveuse, avec prostration, douleur des reins, céphalée interne et persistante, a été assez rare.

La grippe a déterminations gutturales, avec angine érythémateuse et laryngite persistante a été fréquente.

La pneumonie, avec expectoration franchement fibrineuse, a été notée assez souvent.

Dans un certain nombre de cas, la pneumonie a débuté d'une manière aiguë sans phénomènes précurseurs, absolument comme la pneumonie fibrineuse classique.

Deux formes cliniques nous ont paru avoir une réelle fréquence à en juger par les faits que nous avons observés :

D'abord, une forme de grippe fébrile, dont l'hyperthermie était le seul et unique symptôme. Quelques malades que nous avons observés avaient des accès de fièvre, généralement quotidiens, suivis de transpirations excessives. Ils n'accusaient aucun autre symptôme morbide. L'examen des organes ne révélait aucune détermination organique. Abstraction faite de l'hy-

---

ses privilégiés, au temps où les princes ou les grands seigneurs avaient la bizarre fantaisie d'attacher à leur service personnel, un nain et un fou.

En France, la charge de nain du roi fut supprimée dès le règne de Louis XIV; mais elle se maintint dans d'autres cours pendant un siècle encore. En 1710, Pierre le Grand, à l'occasion du mariage d'une princesse de sa famille, faisait célébrer parallèlement, en grande pompe, le mariage de son nain favori, Ephime Walkoff, avec la naine de la princesse. Trente-six couples de nains firent cortège aux fiancés, et le tzar Pierre lui-même tint la couronne nuptiale au-dessus de la tête de la mariée. Il s'en faut de beaucoup qu'ils soient choyés de la sorte aujourd'hui. Quelques-uns, toutefois, arrivent à une quasi-célébrité et voient la foule s'engouer d'eux. Ce fut, à notre époque, le sort du général Tom Pouce et de l'amiral Tromp, hauts de 71 et de 73 centimètres. Parfois cet engouement s'explique par quelque talent curieux, péniblement acquis par les malheureux avortons, et qui fait un contraste douloureux avec l'état de misère de leurs pauvres organismes rabougris.

Tel est le cas des deux petits Croates qui, après avoir parcouru l'Autriche, l'Allemagne et le Danemark, sont venus se montrer au Cirque-d'Été, où on peut les voir accomplir de véritables tours de force, soulever des haltères du poids de 12 kilogram-

pertrophie de la rate et de l'étiologie, cette forme de grippe simulait la fièvre intermittente des impaludiques.

Une forme de broncho-pneumonie qui paraît spéciale à la grippe, nous paraît aussi devoir être signalée. C'est une broncho-pneumonie avec expectoration purulente d'une abondance extrême. Cette broncho-pneumonie est en rapport avec des foyers de suppuration lobulaire.

Nous nous contentons de signaler ces deux formes (grippe hyperthermique et broncho-pneumonie grippale suppurée) pour y revenir prochainement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai 1893. — Présidence de M. Périer.

Hydronéphrose intermittente

Revenant sur la discussion qui a eu lieu dans la séance précédente, à propos d'un cas d'hydronéphrose intermittente rapporté par M. Monod, M. Routier résume une observation d'hydronéphrose intermittente bilatérale, compliquée de suppuration d'un côté, et traitée par la néphrectomie. Il s'agissait d'une dame qui, dans son enfance, avait eu des accidents douloureux qualifiés de coliques néphrétiques ; à la suite d'un accouchement, elle présenta des symptômes de cystite et fut traitée longtemps, sans amélioration, par des lavages de vessie et des instillations d'argent. Les douleurs vésicales devinrent telles, en 1891, qu'on pratiqua une fistule vésico-vaginale, ce qui n'amena d'ailleurs pas une grande amélioration dans l'état de la malade.

Lorsque M. Routier la vit pour la première fois, elle présentait, depuis un an environ, des arrêts d'urine, coïncidant avec les garde-robes, et, à la suite d'une crise assez longue terminée par une polyurie abondante, il avait été question de faire une néphrectomie à droite. M. Routier trouva les deux reins immobiles, mais gros et distendus.

Les urines, qui jusqu'alors étaient restées claires, devinrent purulentes, lors d'une

---

mes, se provoquer à la lutte, se tâter, s'enlever de terre, se contusionner dans toutes les règles de l'art, jusqu'à ce que l'un ou l'autre ait touché l'arène des deux épaules. Ils ont dix-huit et vingt ans, pèsent, l'aîné vingt-et-une, et le second quinze livres ; ce dernier, Carl, a 66 centimètres de taille, son frère Franz en a 71 ; ils sont, tous deux, à l'abri de toutes les lois militaires présentes et à venir. Ils n'ont cependant pas perdu tout espoir de grandir. On raconte que le fameux nain Jeffery Hadson, qui fut présenté dans un pâté par la duchesse de Buckingham à la reine Henriette, femme de Charles Ier d'Angleterre, n'avait atteint, à l'âge de trente ans, que la taille de 18 pouces (55 centimètres). Il commença tout à coup à grandir et atteignit, dans sa vieillesse, le chiffre de 3 pieds 9 pouces (1 mètre 10 centimètres.)

Malheureusement, le fait est rare et, de plus, le nanisme exclut presque toujours la longévité. Ils meurent, pour la plupart, avant trente ans, vieux et cassés depuis longtemps déjà. Le roi de Pologne Stanislas Leczinski avait un nain surnommé Bébé, dont Diderot nous a laissé le portrait suivant : « A l'âge de vingt-deux ans, Bébé paraît avoir le dos courbé par la vieillesse, son teint est flétri. Son esprit ne s'est pas formé, on n'a jamais pu lui apprendre à lire. » Il mourut de *vieillesse* quatre ans plus tard. Je viens de dire que Jeffery Hadson fit exception à la règle ; il en fut ainsi d'une naine, Thérèse

émission abondante qui termina une crise assez longue, pendant laquelle la malade avait eu de la fièvre. Le rein droit était presque normal ; le rein gauche, au contraire, était très volumineux. En juin 1892, M. Routier fit donc une néphrectomie du côté gauche, et l'ouverture de quatre abcès du rein lui permit d'évacuer un litre de pus environ. A partir de ce moment, les urines n'ont plus renfermé de pus, et, au mois de février dernier, on a pu fermer la fistule vésico-vaginale. Le rein droit est resté un peu augmenté de volume, et la malade a eu encore quelques arrêts d'urine, coïncidant avec l'apparition d'une douleur vésicale, marquant la fin de la miction.

La question du drainage dans la néphrectomie transpéritonéale est soulevée à nouveau par M. Picqué, qui rappelle à ce propos qu'il a publié, en 1891, un fait tout à fait analogue à celui de M. Monod, et il insiste de nouveau sur l'inutilité de précautions spéciales à prendre pour l'uretère lié, considérant que l'on peut parfaitement se contenter de le cautériser, comme on le fait pour une fistule, après ablation des annexes de l'utérus, même lorsqu'elles sont suppurées.

M. Terrier pense qu'il n'y a pas de règles générales à établir pour la néphrectomie transpéritonéale : le drainage, qui peut être inutile quand les lésions sont aseptiques, ne présente, en tout cas, aucun inconvénient et doit être fait dès qu'on a le plus léger doute sur la nature des lésions.

M. Monod communique à ce propos la fin de l'observation qui a été le point de départ de la discussion présente; sa malade, en effet, a présenté un peu de suppuration au niveau de la cicatrice; cet incident n'a, d'ailleurs, pas eu de suites, mais il montre bien combien on a raison, lorsqu'on n'est pas sûr de l'asepsie de l'uretère, de faire du drainage après une néphrectomie.

M. Tuffier fait observer qu'un uretère infecté constitue, après la ligature, un danger bien plus grand qu'un pédicule résultant de l'ablation des annexes de l'utérus, en raison de l'étendue du canal infecté; or, comme le fait également remarquer M. Reynier, le pédicule, après salpingite, renferme encore des germes, malgré la cautérisation de la surface de section, et ceux-ci peuvent suffire à donner tout au moins des accidents de péritonite partielle.

Tarsectomie postérieure

A propos de la communication de M. Félizet, préconisant l'incision médiane posté-

---

Vouvray, originaire des Vosges, que Virey examina à Paris en 1819. Elle avait alors soixante-treize ans et, malgré son âge avancé elle était remplie de gaieté et de vivacité. Elle chantait et dansait à la mode de son pays avec sa sœur Barbe, plus âgée qu'elle de deux ans, et plus grande qu'elle de huit pouces. Thérèse avait 90 centimètres de haut; sa sœur avait un 1 mètre 14 centimètres. Ces deux sœurs étaient des géantes, comparées à la plupart des nains dont l'histoire a gardé le souvenir.

Il est bien difficile de déterminer le minimum de taille observé dans l'espèce humaine, et on a mis en doute l'exactitude de beaucoup de mensurations rapportées dans des récits anciens. Le plus jeune des deux athlètes lilliputiens, qui sont en ce moment la curiosité du Cirque-d'Eté, semble confirmer les exemples les plus incroyables qui aient été fournis et permettre d'y ajouter foi. C'est Buffon qui paraît avoir observé les plus petits nains connus. Il en cite trois qui n'avaient que 21, 18 et même 16 pouces ($0^{m},43$). Ce dernier avait trente-sept ans et peut être regardé comme le minimum avéré du nanisme. Karl et Franz Rasson, qui ont le double de cette taille, seraient donc des nains fort ordinaires et dignes, au plus, du champ de foire d'un chef-lieu d'arrondissement, si leur oncle, ex-lutteur de profession, n'avait eu l'idée de transformer ces Pygmées en Hercules. En homme pour qui rien de ce qui touche au muscle n'est étranger, il a exercé,

rieure pour le traitement des lésions tuberculeuses du tarse, M. Berger, tout en émettant l'avis qu'on ne peut formuler de règles au sujet des résections atypiques nécessitées par ces lésions, avoue qu'il est plus tenté de recourir aux incisions externes, qui présentent le seul inconvénient d'exposer à la section des tendons des péroniers latéraux, et il ajoute que cet inconvénient est bien peu important, puisque, le plus souvent, le résultat définitif de l'opération réduit d'avance à néant l'action de ces muscles.

M. Delorne demande à M. Félizet s'il ne trouverait pas, dans l'incision postérieure faite au niveau de la cloison intermusculaire externe, en dehors de tout organe important, tous les avantages qu'il voit dans l'emploi de l'incision médiane.

M. Lecaf (de Valenciennes) lit une observation de taille hypogastrique, pour calcul vésical, chez un jeune garçon.

M. Tuffier montre des pièces provenant d'une autopsie de cholécystite calculeuse suppurée, avec un cholédoque rempli de calculs mous et une vésicule biliaire

---

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 18 mai 1893. — Présidence de M. Besnier.

Suite et fin (Voir le numéro du 25 mai 1893).

Ulcère de la bouche d'origine tabétique

Un malade, ancien syphilitique, que présente M. Hudelo, a des ulcérations grisâtres, fongueuses et absolument anesthésiques au niveau des bords des deux maxillaires. Les accidents ont commencé en juin 1892, par de la chute des dents dont il ne reste plus que quatre. Plusieurs fragments de maxillaires inférieures ont été éliminés. Après avoir rejeté le diagnostic de lésion syphilitique et de nécrose phosphorée, M. Hudelo admet qu'il s'agit d'ulcération relevant d'une névrite de la cinquième paire, d'un véritable mal perforant buccal; le malade présente en même temps une anesthésie sensitive totale de la peau de la face et de la muqueuse buccale.

Lèpre indigène

M. Du Castel montre de nouveau une malade qu'il a déjà présentée à la Société et qui a sur les membres des lésions érythémateuses avec troubles de la sensibilité. La recher-

---

massé, pétri ces biceps filiformes et en a obtenu les résultats que chacun peut admirer. Ce que n'avaient pu faire les régimes alimentaires les plus savants, il y est arrivé par l'entraînement. En vain, pendant de longs mois, les avait-on nourris exclusivement de chair de lièvre; ils ne sont devenus rablés qu'en faisant de la gymnastique. Et, maintenant, que les détracteurs des exercices physiques soient confondus!

Les hommes célèbres n'intéressent pas moins par les détails de leur existence privée que par les triomphes de leur vie publique. Nos deux nains ne pouvaient pas ne pas être interviewés : ils l'ont été, et le monde est heureux de savoir désormais que leur simplicité bon enfant ne les abandonne pas, une fois rentrés chez eux. Ils y ajoutent même une bonhommie expansive et cordiale avec laquelle cadre bien un costume très patriarchal, composé d'un tricot de laine brune et d'un pantalon maintenu par des bretelles de tricot d'un beau rouge. Ils s'asseoient volontiers sur la cuisse de leur interlocuteur pour être mieux à portée de ses oreilles. Quand ils sont installés à cette place de choix, ils lui confient qu'ils boivent du bouillon, du thé, du café noir et du vin rouge; qu'ils mangent du porc, du bœuf, des œufs, etc... Ils méprisent les gâteaux et adorent le tabac : on a bien raison de dire qu'il n'y a plus d'enfants. Ils ne parlent de leurs affaires de cœur que si on pousse l'indiscrétion et l'amour du document humain jusqu'à

che des bacilles faite dans la sérosité d'un vésicatoire appliqué sur une région malade est restée négative. Les lésions, dont l'évolution est continue, présentent une grande tendance à la pigmentation.

M. Zambaco, s'il voyait cette malade dans son pays, n'hésiterait pas à porter le diagnostic de lèpre. Le procédé du vésicatoire pour la recherche du bacille n'est utile que s'il s'agit de lèpre tuberculeuse dans lequelle les bacilles sont sous-épidermiques ; dans la lèpre nerveuse, ils sont trop profonds. Du reste, la non-découverte du bacille ne doit pas empêcher de porter le diagnostic de lèpre.

M. Darier a trouvé des bacilles dans la sérosité d'un vésicatoire dans un cas de lèpre nerveuse, mais peut-être y avait-il des tubercules cutanés.

Poussée aiguë de lèpre et localisation dans les nerfs périphériques

MM. H. Hallopeau et Jeanselme présentent une deuxième note sur une poussée aiguë de lèpre et plus particulièrement sur ses localisations multiples dans les nerfs périphériques. Dans une précédente communication, les auteurs ont surtout insisté sur les localisations de cette poussée aiguë du côté des yeux et des testicules; ils ont également mentionné la production rapide d'une griffe due à l'impotence fonctionnelle du nerf cubital; depuis lors, les lésions, tout en persistant dans ces mêmes parties, ont envahi un grand nombre de nerfs périphériques, donnant lieu ainsi à des paralysies, des anesthésies et des amyotrophies remarquables par leur distribution et leurs caractères. C'est au niveau des membres qu'elles atteignent leur maximum d'intensité : les extenseurs des pieds ont en grande partie disparu : il en résulte cette démarche toute particulière que l'on observe dans les pseudo-tabes toxiques et infectieux, le *steppage*. Aux membres supérieurs, la griffe cubitale s'est accentuée. Au visage, une paralysie occupant toute la sphère de distribution du nerf facial droit s'est produite en peu de jours; l'orbiculaire droit est également intéressé de telle sorte que, de chaque côté, l'occlusion de l'œil ne peut se faire qu'incomplètement. La sensibilité est abolie dans les parties des membres sous-jacents aux coudes et aux genoux; elle est pervertie aux cuisses et aux bras; là, le contact d'un corps froid y donne la sensation d'un corps chaud; il en est de même au front. Les nerfs qui commandent les territoires atrophiés ont considérablement augmenté de volume.

---

les interroger sur ce sujet. D'ailleurs, ils ont vite fait d'avoir tout dit : les affaires de cœur, ils n'en ont pas; le mariage, ils s'en moquent; les femmes coûtent trop cher à nourrir. Et l'oncle, en reconduisant le visiteur, curieux de savoir si ses neveux ne désirent pas perpétuer leur race, à demi mot, lui fait entendre qu'ils n'en ont vraiment pas les moyens. Glissons sans appuyer, et parlons d'autre chose.

Ne trouvez-vous pas comme moi qu'il est profondément regrettable (j'entends pour la science et non pas pour lui ni pour nous) que notre éminent confrère lyonnais qui a trouvé une si heureuse application du tatouage n'ait pas vécu au siècle dernier, ou même plus tôt encore? Quels progrès la thérapeutique chirurgicale et l'anatomopathologie n'eussent-elles pas faits si, depuis que les chirurgiens ont remplacé les barbiers, on avait trouvé le moyen de ne perdre aucune occasion d'étudier les résultats éloignés d'une opération ou d'un traitement! Nous faisons, il est vrai, promettre aux malades de revenir nous voir; mais eux, guéris ou non, pour des raisons très différentes dans les deux cas et qu'il est facile de deviner, ne franchissent plus le seuil de notre cabinet; on ne les revoit plus. Faute d'avoir jusqu'ici trouvé autre chose de mieux que cette méthode d'enquête, on continuait à l'employer malgré son inefficacité bien établie. Il n'en sera plus ainsi désormais. Nous voilà en possession d'un moyen infaillible, sinon

Du sérum du sang dans les affections cutanées

M. Quinquaud a constaté que dans les affections cutanées, dans les prurits d'origine hépatique ou rénale, il y a toxicité exagérée du sérum. Cette toxicité augmente dans les dermatites exfoliatrices à leur première période et diminue plus tard. Tandis que le sérum est très toxique dans le pemphygus aigu, cette toxicité est anormalement diminuée dans les pemphygus chroniques ou cachectiques. Il y a aussi hypertoxicité dans les eczémas généralisés internes. M. Quinquaud a extrait du sérum du sang, dans le pemphygus aigu, une substance qui amène l'amaigrissement des animaux ; dans le pemphygus infectieux, la substance extraite tue un cobaye en cinq minutes à la dose de 1/2 milligramme.

Sur le traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen

M. H. Hallopeau : La communication faite par l'auteur sur ce même sujet à la Société de thérapeutique a soulevé une sérieuse objection : il s'était appuyé, pour recommander ce traitement, sur les résultats comparatifs donnés par l'emploi simultané de l'essence de Wintergreen et de l'essence de canelle sur les deux moitiés d'un cuir chevelu peladique ; or, il est possible que spontanément, en dehors de toute intervention thérapeutique, les deux moitiés d'un cuir chevelu réagissent différemment sous l'influence du contage peladique ou constituent pour lui des terrains d'inégale valeur ; on voit, en effet, des teignes rester limitées sans cause appréciable à une moitié du cuir chevelu ; on pouvait donc se demander si les différences observées par l'auteur entre l'évolution des plaques peladiques de chaque moitié de la tête n'étaient pas dues à une influence analogue plutôt qu'à l'action différente des traitements employés. De nouvelles expériences étaient nécessaires pour juger la question. L'auteur a traité de nouveau par l'essence de Wintergreen une partie des plaques restant sur la moitié non guérie du cuir chevelu de son malade, alors que les autres ont continué à être soumises à l'action de la teinture de cannelle ; or, cette fois encore, la différence des résultats obtenus par les deux médications est des plus frappantes ; tandis, en effet, que les plaques traitées par l'essence de Wintergreen sont guéries ou en voie de guérison avancée, celles qui sont traitées par l'essence de cannelle commencent à s'améliorer. Les conclusions formulées antérieure-

---

de retrouver nous-mêmes, du moins de faire retrouver par d'autres, sans en laisser échapper un seul, nos clients les plus intéressants. Une pratique qui semblait oubliée, finie, dont la mode se perd même chez les cannibales de la Polynésie, le tatouage, vous ai-je dit, va renaître de ses cendres et acquérir, au service de la science, une importance et une gloire nouvelles. Comment n'y a-t-on pas songé depuis longtemps? C'est si simple! En une place bien apparente des téguments et choisie de telle sorte qu'elle ne puisse échapper aux regards des ensevelisseurs les plus indifférents et les plus myopes, on inscrit une notice de ce genre : « Cancer ducerveau; extirpation de l'encéphale; guérison. — Prière d'autopsier. » On ne résiste pas aux désirs des mourants; comment n'exaucerait-on pas les supplications des morts? Il ne sera pas impossible, si le sujet y consent, d'employer un style moins télégraphique que ci-dessus et de donner à l'inscription les formes les plus littéraires. La surface cutanée utilisable dépasse un mètre carré. C'est plus qu'il n'en faut pour rédiger de belles observations, enrichies de commentaires et de notes bibliographiques. Et si quelqu'un avait des doutes sur la netteté des textes de ce genre, je pourrais lui affirmer, sur l'honneur, que j'ai pu lire, avec la plus grande facilité, tout un brevet de maître d'armes, avec encadrement, vignettes et signatures, tatoué entre les deux épaules d'un vieux forçat.

ment par l'auteur relativement à l'efficacité du traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen se trouvent donc pleinement confirmées. Pour ce qui est du mode d'emploi de cette essence, la préparation la plus active paraît être son mélange avec une quantité égale d'éther; elle n'est nullement irritante; ce n'est donc pas, en pareil cas, à une inflammation transformant le cuir chevelu en un milieu impropre à la culture du contage peladique, mais bien à une action parasiticide qu'il faut attribuer les effets curatifs.

La Perlèche

M. RAYMOND présente deux enfants atteints de perlèche, affection très commune dans les écoles.

La perlèche est une lésion de la commissure des lèvres caractérisée par une altération de l'épiderme qui se tuméfie et devient blanchâtre et par une fissure plus ou moins profonde. Elle se localise aux commissures labiales, mais s'étend souvent sur la peau. Lésion superficielle, elle n'a aucune gravité, tend à guérir en quelques semaines, mais récidive très facilement. Très contagieuse, elle se montre souvent sous forme épidémique dans les écoles. M. Raymond a constamment trouvé, pour expliquer la perlèche, le staphylococcus aureus albus, mais il pense que d'autres micro-organismes peuvent produire cette lésion qui n'a rien de spécifique.

La perlèche pourrait en imposer pour de l'herpès labiale et même pour les plaques muqueuses; aussi est-il nécessaire d'appeler l'attention sur cette lésion cutanée peu connue.

Syphilis pulmonaire

M. FEULARD communique l'observation d'un homme de 37 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans, qui, après quelques jours de malaise, fut pris d'un violent point de côté à droite et se mit à cracher tout à coup une sorte de matière noirâtre. Le malade eut alors de la fièvre, dut s'aliter et crachait continuellement. L'auscultation faisait reconnaître une respiration un peu soufflante en arrière au niveau du hile et quelques frottements pleuraux. Les crachats étaient noirâtres et d'une odeur alliacée.

La brusquerie du début, la localisation des symptômes et l'expectoration fétide, firent tout d'abord croire qu'il s'agissait d'une gangrène pulmonaire. Toutefois, en raison des antécédents, M. Feulard fit prendre 2 grammes, puis 3 grammes d'iodure de potassium, Il y eut d'abord une amélioration, mais un mois après le malade fut pris dans la nuit de quintes de toux épouvantables, avec expectoration de crachats rougeâtres, mêlés de gaz étide, puis du pus en adondance. L'iodure de potassium, qui avait été cessé parce qu'il était mal supporté ne fut pas alors repris, le diagnostic de syphilis pulmonaire ne paraissant pas suffisamment établi.

Deux mois après, le malade présenta les signes d'une véritable caverne sous la clavicule droite. Son état général et les signes d'auscultation étaient tels que M. Duguet n'hésita pas à faire de ce malade un phtisique arrivé à la période des cavernes. C'est alors qu'ayant examiné les crachats et n'ayant trouvé aucun bacille, examen qui fut d'ailleurs confirmé par M. Chantemesse, M. Feulard revint à sa première idée et fit prendre au malade le traitement ioduré.

Une amélioration s'étant produite, celui-ci fut continué à la dose de 4 grammes d'iodure, puis de 5 grammes par jour (janvier 1889). L'amélioration continua et, malgré une nouvelle vomique, le malade se rétablit complètement.

Note sur l'hypothèse d'une existence saprophyte des trichophytons

Au dernier congrès de la Société de dermatologie, M. Eugène Bodin et M. SABOURAUD ont émis l'un pour le *favus*, l'autre pour la *trichophytie*, l'hypothèse d'une existence saprophyte des parasites qui causent les teignes cryptogamiques de l'homme.

En ce qui concerne la trichophytie, M. Sabouraud vient apporter quelques arguments en faveur de cette hypothèse.

1° Le premier s'appuiera sur l'exemple fourni par des parasites voisins des trichophytons. C'est un argument de probabilité ;

2° Le second aurait trait aux modes de végétation des trichophytons. C'est un argument d'ordre botanique ;

3° Le troisième est d'ordre expérimental et s'appuie sur des cultures que voici :

I. — Et d'abord l'existence libre, spontanée des champignons pathogènes de l'homme ou des animaux paraît une règle générale, prouvée pour quelques-uns, probable pour les autres.

On en peut donner pour exemple l'*aspergillus fumigatus* ; il existe librement dans la nature et ne cause que rarement la tuberculose aspergillaire (Chantemesse-Renon). Son eyistence saprophyte est la règle ; son existence parasitaire l'exception.

De même, bien que l'existence saprophyte du champignon de l'actinomycose (oospora Bollingeri) ne soit pas absolument chose démontrée, elle semble actuellement très probable (Liebmann, Bertha, J. Israël).

Enfin si l'on veut prendre un exemple encore plus proche des champignons de la teigne trichophytique, il est fourni par le type même de leur famille botanique : le *Botrytis Bassiana de la Muscardine* des vers à soie.

L'existence libre des trichophytons viendrait donc non pas enfreindre, mais bien confirmer ce qui semble la règle générale des microbes pathogènes.

II. — Dans leur vie parasitaire les trichophytons ne fournissent jamais que des formes pauvres de végétation, de simples filaments mycéliens, des spores mycéliennes et jamais de *spores libres* sur une *hyphe sporifère* différenciée.

Cependant, dans des milieux de culture même très médiocres, ils émettent non seulement des formes conidiennes plus différenciées que la simple spore mycélienne, mais ils produisent même l'appareil sporifère spécial aux champignons de leur groupe.

Il est bien difficile d'admettre que ces parasites retrouvent en quelques jours leurs formes de reproduction élevée, s'ils n'avaient jamais eu avant leur culture artificielle l'occasion de les produire.

Sans l'hypothèse d'une existence saprophyte, il faudrait croire que, depuis qu'il existe une teigne trichophytique, ce trichophyton garde en permanence à l'état de virtualité le pouvoir d'émettre des fructifications qui, sur l'homme et les animaux, ne se produisent jamais.

III. — Enfin, la vitalité de certains trichophytons est telle qu'ils cultivent sans difficulté presque sur tous milieux naturels quelconques.

M. Saborrand montre des cultures sur humus végétal, sur terreau, d'autres sur du vieux bois pourri, sur des graines.

Il montre aussi des cultures en milieux non stériles où le trichophyton ensemencé pousse sur des détritus végétaux, conjointement avec plusieurs espèces de mucédinées saprophytes.

Enfin, il a encore obtenu des cultures en un milieu *exclusivement minéral*. C'est le liquide employé par Winogradsky pour la culture des ferments nitreux. La culture trichophytique n'y est pas abondante; cependant, après un mois, elle est facile à voir et, reportée sur milieux plus favorables, elle a retrouvé de suite les caractères de l'espèce trichophytique qui avait été ensemencée.

C'est le trichophyton mégalosporon du cheval, celui qui cause sur l'homme la folliculite circinée, le sycosis, et le Kérion Celsi.

Tous ces faits n'empêchent évidemment pas qu'il faille admettre le plus souvent à l'origine de la teigne trichophytique une contagion par l'homme ou par l'animal.

Mais l'hypothèse d'une existence saprophyte des trichophytons :

Qui vérifierait la règle générale des champignons pathogènes;

Que vient, d'autre part, appuyer l'examen botanique du trichophyton dans sa vie parasitaire et dans sa vie en culture artificielle ;

Hypothèse d'une existence saprophyte qu'il est facile, enfin, de reproduire artificiellement, doit empêcher d'affirmer que toute teigne trichophytique a forcément pour origine la contagion d'un cas de trichophytie antérieur de l'homme ou de l'animal.

Traitement des éphélides et des acnées associées par la décortication de l'épiderme

M. Barthélemy lit une note sur ce sujet au nom de M. van Horse (d'Amsterdam).

Voici comment il faut procéder : Plusieurs fois par jour, on enduit toute l'étendue cutanée que l'on veut traiter avec une pommade composée de :

Résorcine	40	grammes.
Oxyde de zinc	10	—
Silice pure et anhydre	2	—
Axonge	20	—
Huile d'olive	8	—

Au bout de trois ou quatre jours, la peau se parchemine, puis se gerce, et on applique un pansement fait de la colle gélatineuse suivante :

Grenétine blanche	4	grammes.
Oxyde de zinc	5	—
Glycérine à 30° pure	5	—
Eau distillée	8	—

laquelle doit être appliquée toute chaude et recouverte d'un peu d'ouate

Rapidement, on obtient la *décortication* de l'épiderme.

COURRIER

Faculté de médecine de Montpellier. — Le concours qui devait s'ouvrir le 3 juillet 1893, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole d'Alger, est reporté au 25 de ce mois.

Faculté de médecine de Lille. — M. Arnould, professeur d'hygiène, est nommé assesseur du doyen.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Pégoud est nommé professeur de pathologie interne.

— Pour donner plus d'extension et de publicité à ses travaux, l'Œuvre de la tuberculose publiera tous les trois mois un fascicule d'environ 100 pages, sous le titre de *Revue de la tuberculose.*

— Lord Derby, qui vient de mourir, a laissé 50,000 francs à la *Royal Society* de Londres et autant à la *Royal Institution.* Il faut savoir gré aux donataires comme lui de ne point subordonner leur don à la création d'un prix ou d'une fondation souvent peu utile, comme cela a trop souvent lieu pour notre Académie des sciences.

(*Revue scientifique.*)

— Voici les termes de l'article 23 que M. Cornil vient de déposer au Sénat à propos du projet de loi concernant le service militaire des étudiants en médecine :

Art. 23 bis. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe peuvent, sur leur demande, être mis en sursis d'appel jusqu'à l'obtention de leur diplôme ou de leur nomination comme interne titulaire des hôpitaux nommés au concours dans une ville où il

existe une Faculté de médecine, une Faculté mixte ou une École supérieure de pharmacie.

Avant l'âge de vingt-sept ans, et dans le mois qui suivra leur réception ou leur nomination, les docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe ou internes des hôpitaux seront appelés sous les drapeaux et renvoyés dans leurs foyers après un an de présence; ils pourront alors être nommés médecins ou pharmaciens aides-majors de réserve, s'ils ont satisfait aux conditions de conduite et d'instruction déterminées par le ministre de la guerre.

En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie sont versés dans le service de santé.

L'article 24, sauf en ce qui concerne la limite d'âge pour l'obtention des diplômes, et les articles 25, 26, 27, 33, 44 et 45, mais non les dispositions de l'article 59, modifié par la loi du 11 juillet 1892, sont applicables aux jeunes gens visés par le présent article.

Dans l'exposé des motifs, M. Cornil établit que les docteurs et internes appelés sous les drapeaux, leurs études terminées, serviraient comme médecins; il n'est fait aucune allusion à l'assimilation de grade et au traitement.

— On annonce l'inauguration prochaine du nouvel amphithéâtre, et du service de gynécologie du professeur Le Dentu. On parle même de vendredi prochain.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Le médecin principal Le Texier est appelé à servir à Indret par permutation avec M. Drago.

— MM. le médecin de 1re classe Pungier et les médecins de 2e classe Duclot et Souls débarquent du *Shamrock*.

Le médecin de 2e classe Lesquendieu embarquera sur le *Papin*.

— M. Rangé a été inscrit d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin en chef de 2e classe. (Services de guerre au Dahomey).

— Les listes d'embarquement et de départ pour les colonies, des officiers du corps de santé de la marine, ont ainsi été arrêtées :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Geoffroy; 3. Mathis; 4. Duchateau; 5. Bertrand; 6. Dupont; 7. Laugier; 8. de Fornel; 9. Talairach.

Médecins principaux : MM. 1. Frison; 2. Barre; 3. Miquel; 4. Maget; 5. Léo; 6. Vantalon; 7. Canoville; 8. Dolieule, 9. Siciliano; 10. Éd. Roux; 11. Cantellauve; 12. Riche; 13. Bodet; 14. Abelin.

Médecins de 2e classe. — MM. 1. Renault; 2. Cairon; 3. Ono dit Biot; 4. Vergues; 5. Houdart; 6. Collin; 7. Branzon-Bourgogne; 8. Caire; 9. W. Borius; 10. Titi; 11. Roux-Freissineng; 12. Martenot; 13. Guy; 14. Bonnescuelle de Lespinois.

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe, 1. Tréguier; 2. Castagné; 3. Plouzané; 4. Daliot; 5. A. Reynaud; 6. Clavel.

MM. les médecins de 2e classe, 1. Guilland; 2. Salaun; 3. Lorin; 4. Bonnefoy; 5. Perriat; 6. Doublet; 7. Combaud; 8. Condé.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

La situation sanitaire continue à s'améliorer. A Paris, la mortalité se rapproche de plus en plus de l'état normal. Il y a eu, pendant la 19e semaine (du 7 au 13 mai), 1,104 décès, et dans la 20e (du 14 au 20 mai), 1,032, chiffre très rapproché de la moyenne, qui est de 1,003 en cette saison. La grippe ne figure plus sur la statistique et les maladies des voies respiratoires ont notablement diminué, sans être pourtant revenues au taux habituel.

On ne parle plus du typhus à Paris, bien qu'il en entre encore un cas de loin en loin à l'Hôtel-Dieu. Il a causé 1 décès pendant la 19e semaine et 2 pendant la 20e. Le 25 mai, l'Hôtel-Dieu-annexe renfermait encore 31 typhiques, dont 26 hommes et 5 femmes. Dans le nombre, 13 étaient en convalescence.

A Lille, la situation n'est pas aussi favorable. Il n'y a pas eu de nouveaux cas à la prison; mais il s'est créé un nouveau foyer à la Police correctionnelle et les décès de personnes connues se sont multipliés. A celui de M. Dieudonné, que nous annonçions dans notre dernière chronique (1), sont venus se joindre celui du commissaire de police de Fives, d'un magistrat, M. Harber, qui avait contracté la maladie en faisant désinfecter le logement d'un cholérique, à Fives, et ceux de M. Denis, chroniqueur judiciaire du journal *la Dépêche*, et de M. Baggio, adjoint au maire; on craint pour la vie de M. Ozenfant, président du tribunal de commerce. Tous ont contracté le typhus à la prison ou au Palais de Justice, qui lui est contigu, et, en particulier, dans la salle de la Police correctionnelle. Un jeune garçon, qui y avait été appelé comme témoin, y a pris le germe de la maladie et est allé mourir chez lui. Les femmes, qui, jusqu'ici, avaient paru indemnes, commencent à tomber malades à leur tour. Il y en 6 en traitement. Le nombre des typhiques actuellement à l'hôpital est de 20. Chose étrange, les cas sont beaucoup plus graves en ville qu'à l'hôpital.

M. le docteur Chantemesse, inspecteur général adjoint des services sanitaires, a été envoyé à Lille par le ministre de l'intérieur, sur la demande du préfet du Nord. Le 25 mai, il a visité la prison, le Palais de Justice et les différents locaux qui ont été contaminés depuis le début de l'épidémie. Il est reparti pour Paris le soir même. A la suite de cette inspection, il a été décidé que le Palais de Justice serait évacué et complètement désinfecté. Le tribunal tiendra, en attendant, ses séances dans un local appartenant à la ville ou au département. On signale deux cas de typhus à Arras.

En revanche, le choléra s'étend peu à peu dans le Morbihan et le Finistère. Il n'y en a plus à Quimper.

(1) *Union médicale* du 16 mai 1893, n° 58, p. 688.

Traitement de l'encéphalocèle par l'excision

Le traitement de l'encéphalocèle par l'excision tend de plus en plus à se répandre, et le docteur Arnold, dans le numéro du 6 mai du *British medical journal*, nous en donne deux nouvelles et intéressantes observations. Depuis que, grâce à l'antisepsie et à la connaissance plus intime des faits, on sait qu'on peut sans danger porter le bistouri sur ces tumeurs, les méthodes de compression, d'injections iodoglycérinées sont petit à petit reléguées au second plan, malgré les succès incontestables qu'elles ont donnés autrefois. Elles ne sont pas, en effet, sans danger, quand la communication entre la tumeur et le crâne existe, car elles peuvent, dans ces cas, occasionner une méningite mortelle.

Or, comme le diagnostic de cette communication est souvent difficile et parfois impossible, on comprend tout l'avantage de l'excision qui, elle, étant faite aseptiquement, n'a aucune chance de déterminer du côté du cerveau le moindre accident.

Cette excision n'en est encore qu'à ses débuts, et, si comme opération elle est connue dans ses résultats immédiats, il est important de savoir quels sont ses effets ultérieurs et de se demander ce que deviennent plus tard les petits opérés.

Tout d'abord, il est certain qu'on sait bien aujourd'hui qu'il est absolument possible, sans inconvénients, de supprimer la substance cérébrale qui occupe l'intérieur de la tumeur, d'autant qu'elle ne constitue pas une partie essentielle du cerveau.

M. Berger, dans son travail de la *Revue de chirurgie*, nous en a donné des preuves certaines. Dans le cas qu'il a opéré, il avait affaire à une néoplasie particulière, à une espèce de cérébrome; il en était de même chez le malade de M. Périer.

Dans une autre observation de M. Picqué, suivie aussi de guérison, il s'agissait d'une dilatation kystique du lobe occipital et du cervelet. Dans un autre fait de Kœnig, la tumeur était un gliome télangiectasique. Les sections de ces différentes masses pathologiques ne déterminèrent aucun trouble et il en a été de même dans la seconde opération du docteur Arnold, qui retrancha une partie attenant au cervelet, et sa petite malade guérit fort bien. Nous pouvons, du reste, rapprocher ces faits de ceux signalés dans une affection semblable, dans le spina bifida. Cette tumeur se complique souvent de la présence de cordons nerveux qui peuvent être sectionnés sans danger, comme il vient d'en être cité dernièrement de curieux exemples à la Société de chirurgie.

On n'a donc qu'à faire deux lambeaux cutanés sur l'encéphalocèle, à placer une ligature sur le pédicule, et à sectionner ce pédicule. Mais cette intervention, toute simple qu'elle paraît, demande cependant à être discutée dans ses indications, à cause du malade sur lequel on la pratique, et qui est un tout jeune enfant. On sait, en effet, combien la moindre perte de sang est fatale pour les jeunes sujets, et, aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour affirmer qu'on n'a pas de grandes chances de succès, si on opère avant l'âge d'un mois. L'opération a été souvent tentée chez des enfants de trois à quatre jours; elle le sera même encore, car il y a des tumeurs qui menacent immédiatement la vie par leur volume et par leur

tendance a l'ulcération. La seule chance de salut, s'il y en a une, sera donc la suppression de l'encéphalocèle. Il faut pourtant savoir que, si le jeune sujet n'est pas susceptible de vivre quatre semaines au moins avec sa tumeur, il n'aura pas la force de faire les frais de l'opération.

Les enfants opérés par M. Arnold avaient l'une six semaines et l'autre huit mois. Le premier guérit fort bien; mais, au bout de huit mois, il devint hydrocéphale et mourut avant d'avoir atteint un an. La seconde opérée était une petite fille de huit mois, qui, comme l'autre, portait une tumeur occipitale. Elle quitta l'hôpital trois semaines après l'intervention et put être suivie par M. Arnold, qui assista aussi au développement de l'hydrocéphalie. A l'heure qu'il est, elle est âgée de 17 mois, a une tête excessivement développée, sans paralysie des bras et des jambes; mais elle peut à peine se tenir debout et ne paraît pas être très intelligente.

Comme on le voit, les résultats éloignés de l'intervention sont peu encourageants. Les malades de MM. Périer et Berger se sont très bien portés pendant plusieurs mois, et nous croyons ne pas nous tromper en nous disant qu'ils sont morts moins d'un an après l'opération.

Ces faits ne sont-ils pas à rapprocher de ceux signalés par M. Félizet, à la Société de chirurgie, à propos du spina bifida. Dans cinq cas, il avait eu des succès opératoires; mais, quelques mois après, les malades mouraient. Ce sont, en effet, des affections semblables tenant aux mêmes causes, et ce qui aggrave le pronostic de l'intervention, c'est le sujet porteur de la lésion. La cause qui a donné naissance à la tumeur fait du malade un dégénéré, un incomplet, incapable souvent de conserver la vie que le chirurgien vient de lui rendre par une opération. Loin de nous, cependant, la pensée de croire qu'elle ne doit pas être faite; bien au contraire; car, à côté des insuccès nombreux, il existe pourtant des enfants qui ont été sauvés, et leur nombre augmentera de plus en plus, nous en sommes convaincu, au fur et à mesure que nos moyens d'action se perfectionneront.

DU RÉVEIL DE CERTAINES AFFECTIONS LATENTES (ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE) (1),

Par M. Verneuil (2).

De temps immémorial, on a noté la réapparition d'accidents divers dans le foyer d'anciennes blessures complètement guéries en apparence depuis longtemps. Notamment, à la suite de fractures par armes à feu, qui, en général, suppurent longtemps, il est commun d'observer des douleurs modérées et passagères parfois, mais parfois aussi fort intenses, avec périostite, ostéite, formation d'abcès, ouverture ou réouverture de fistules, issue de séquestres et d'autres corps étrangers, et naturellement symptômes généraux correspondants.

Ces accidents peuvent se montrer des mois, des années, des lustres

(1) Pour désigner les faits que je vais exposer, je préfère le terme de *réveil* à ceux de *rechute*, *récidive*, *recrudescence*, qui n'ont pas exactement la même signification.

(2) Académie des sciences, 15 mai 1893.

même après la blessure, à des époques indéterminées, séparées par des trêves pendant lesquelles le membre fracturé, s'il est exempt de déformation, de raideur ou d'atrophie, fonctionne quasi-normalement.

Tout ceci est absolument classique.

En revanche, on connaît beaucoup moins les causes et le mécanisme de ces réveils imprévus et décourageants qui ne permettent jamais de compter sur la guérison définitive et justifient trop bien une de mes maximes favorites : *Restitutio ad integrum, post morbos, res rarissima.*

Lorsqu'on se montre peu exigeant en étiologie, qu'après l'ouverture des abcès on trouve un séquestre ou autre corps étranger, et qu'on se rappelle, enfin, que fréquemment un certain nombre de microbes pyogènes restent emprisonnés dans des foyers purulents clos après avoir communiqué longtemps avec l'extérieur, on croit ces conditions suffisantes pour expliquer comment, suivant une locution vulgaire, mais bonne à conserver, les foyers pathologiques éteints *se réchauffent* et *se rallument.*

D'autre part, si l'on considère que les corps étrangers et dépôts microbiens latents peuvent être tolérés un temps infini sans provoquer la moindre réaction locale et sans donner signe d'existence, on en conclura que leur rôle, s'il n'est pas entièrement nul, exige au moins pour s'exercer le concours d'autres agents pathogènes plus actifs.

Or, parmi ceux-ci, il en est deux principaux dont la fâcheuse efficacité n'est pas douteuse, savoir : 1° une nouvelle violence extérieure portant sur le lieu de l'ancienne blessure ; 2° une maladie infectieuse : pyrexie, toxémie, microbiose aiguë, etc , contractée par hasard.

Le mécanisme du réveil, quoique très différent dans les deux cas, est facile à saisir.

Le nouveau trauma, qui eût été apte à engendrer de toutes pièces et dans des tissus sains un travail inflammatoire, *a fortiori,* agira de même et plus aisément encore sur un point où les matériaux phlogogènes et pyogènes sont pour ainsi dire en réserve et tout prêts à réaliser l'auto-inoculation traumatique, surtout s'il existe un séquestre capable de blesser la paroi de la cavité pathologique qui le renferme.

De son côté, l'infection, d'où qu'elle parte, implique l'existence dans le sang de principes toxiques, lesquels inoculent par endosmose cette fois, l'ancien foyer traumatique prédisposé à les recevoir à titre de *Locus minoris resistantiæ* et en raison de son état anatomique spécial.

M'étant imposé comme règle de ne jamais éditer une proposition de pathologie générale, si claire et si bien fondée qu'elle paraisse, sans l'appuyer sur des faits irrécusables, ne pouvant citer tous ceux que j'ai réunis, je me bornerai à rapporter ici un cas type d'autant plus probant que, des trois réveils dont le blessé a souffert dans l'espace de quatorze ans (1879-1892), les deux premiers ont eu pour cause évidente une violence extérieure, et le dernier une attaque de la maladie régnante, de cette sotte grippe qui n'a pas sa pareille pour rappeler tous les états morbides antérieurs plus ou moins oubliés.

Voici le fait sommairement rapporté :

Observation. — M. N..., 44 ans, bonne constitution, atteint seulement de manifestations arthritiques, reçoit en 1870, à la bataille du Mans, une balle qui fracture le fémur gauche un peu au-dessus de la partie moyenne. Refus absolu d'amputation, traitement

par la conservation qui réussit, mais avec suppuration interminable, recrudescences inflammatoires réitérées, issue de nombreuses esquilles, etc. En 1873 seulement, les plaies sont cicatrisées. Une saison à Barèges accélère la restauration fonctionnelle qui s'achève, et grâce à laquelle, malgré un cal un peu difforme, M. N... en 1879 marchait, chassait et se livrait surtout à l'équitation, son exercice de prédilection.

Survint alors une chute de cheval, la cuisse blessée porte violemment sur le sol, d'où le premier réveil; douleur vive, inflammation intense, abcès chaud ouvert au bistouri, issue d'esquilles. La guérison ne demande pas moins de deux mois.

En juillet 1885, second réveil, à la suite d'une course très prolongée sur un cheval difficile et à réactions dures; la cuisse blessée fut longuement et fortement froissée. M. N..., harassé, se couche en rentrant, le lendemain, quoique fort mal à l'aise, il fait une longue course en voiture; puis, accablé de chaleur et malgré les recommandations de son médecin qui l'accompagnait, boit deux ou trois verres de bière très froide. Le soir même, fièvre, frissons, toux fatigante répondant dans la blessure, souffrances croissantes, inflammation vive, gonflement diffus, formation d'un abcès ouvert à la partie antérieure de la cuisse, un peu au-dessus de la saillie du cal, issue d'un pus extrêmement fétide, sans extraction ni élimination de séquestre. Drainage, désinfection. La durée de la crise dépasse deux mois.

Retour tous les deux ans à Barèges, toujours avec avantage. Santé excellente et très bon usage du membre à la fin de 1892. L'hiver dernier, un peu de surmenage et l'exposition prolongée, un jour de chasse, à un vent froid et vif n'ont pour conséquences qu'un lumbago et une névralgie faciale dont font justice le salicylate de soude et l'antipyrine. Au changement de temps, petites crises et douleurs à la cuisse durant à peine quelques heures.

Le 22 avril dernier, par un très beau temps, M. N..., en fort bon état, se rend pour affaire dans une localité où régnait la grippe, y séjourne très peu de temps et ne s'y fatigue nullement; néanmoins, il est pris dès le soir de malaise qui augmente le lendemain, et enfin d'une attaque intense de grippe qui revêt au début la forme thoracique, puis bientôt la forme gastrique avec nausées, soif inextinguible, anorexie absolue, congestion hépatique, ictère léger, mais bien caractérisé, urines à dépôt rosacique très abondant avec la matière colorante de la bile.

Quarante-huit heures à peine après le début des accidents, la toux, cette fois encores retentit douloureusement dans le foyer de la fracture, l'inflammation violente réapparaît avec élévation de la température qui, au sixième jour, atteint 39° le soir.

C'est alors que je vois le malade pour la première fois, avec M. le docteur Leclerc, de Rouillac, de qui je tiens tous les détails qui précèdent et qui soigne M. N.., depuis plus de douze ans. Nous diagnostiquons sans peine la formation d'un abcès dont nous ne pouvons toutefois pas déterminer le siège exact en raison de sa profondeur.

Seulement, le 3 mai, guidés par la douleur, un certain empâtement et un peu d'œdème circonscrit, nous allons chercher, à 5 centimètres de profondeur, à la partie postéro-externe de la cuisse, derrière le cal de la fracture, un abcès renfermant un verre d'un pus infect (1).

Soupçonnant l'existence d'une esquille, j'explore très attentivement le foyer avec l'index de la main gauche et reconnais, en effet, un fragment osseux, évidemment détaché depuis 1870 et atteignant à peine les dimensions de la moitié de l'ongle du doigt auriculaire.

(1) Voir, pour la pathogénie des *abcès fétides* des membres, Nepveu, *Premier Congrès français de chirurgie*, p. 96, 1885.

Drainage, désinfection, pansement à l'iodoforme; amélioration prompte, mais longueur du travail de réparation due à la grippe, qui suit son cours; le 14 mars, toutefois, M. N... était en pleine convalescence. La guérison prochaine n'est pas douteuse, surtout si le foyer ne renferme plus de corps étranger.

Je crois inutile de commenter un fait si démonstratif, mais j'ajouterai quelques mots pour résumer cette note.

A l'aide d'études poursuivies sans relâche depuis nombre d'années, je crois avoir établi que le traumatisme, considéré comme état général distinct, a le pouvoir d'exercer hors de son foyer initial, sur l'organisme entier et en particulier sur les sujets antérieurement malades, diverses actions extrinsèques dont j'ai donné la longue liste (2).

A l'aide de faits également nombreux plus ou moins comparables à celui qui a précédé, j'affirme que les maladies infectieuses peuvent agir exactement comme le traumatisme, c'est-à-dire éveiller, réveiller, modifier généralement en mal, quelquefois en bien, les propathies locales et générales.

D'où cette conclusion un peu inattendue, sans doute, que le traumatisme et les maladies infectieuses qui semblent si distants dans le cadre nosologique, exercent cependant sur certains sujets, diversement tarés, une action pathogène fort analogue.

Une justification plus explicite de ce rapprochement ne serait certainement pas inopportune; je compte la présenter quelque jour.

REVUE DE L'HYGIENE

La variole en Angleterre. — A la séance du 26 avril 1893, de la Société de médecine publique d'hygiène professionnelle, M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'intérieur, a fait une communication très intéressante sur l'épidémie de variole qui règne en ce moment en Angleterre. Elle a commencée vers le milieu de 1891, dans le Yorkshire, puis elle a envahi tout le Lancashire, Warrington, Oldham, Manchester et Liverpool. Elle s'est répandue depuis dans le Lieicestershire, à Glascow, à Edimbourg et dans un grand nombre de paroisses de l'Ecosse; en Irlande, à Southampton et dans les *Unions* environnantes. A Londres, où, en 1889, il n'y avait eu qu'un seul décès par variole, il y a actuellement près de 450 varioleux à bord des hôpitaux flottants qui leur sont affectés. Enfin, la variole règne dans plus de soixante villes d'Angleterre.

Partout, elle est propagée par les vagabonds et les mendiants. Les foyers sont les *workhouses*, les refuges de toute nature, les asiles de l'Armée du Salut, etc.

L'intensité de l'épidémie et l'activité de sa marche sont l'œuvre de la *ligue antivaccinale* et leurs progrès sont parallèles. Leicester, Balley, qui sont les centres d'action de cette ligue, et où la vaccination est tombée en désuétude, sont les villes les plus éprouvées. En un mot, sous l'influence de cette campagne néfaste, l'Angleterre, la patrie de la vaccine, le pays où elle a étérendue obligatoire il y a quarante ans, est aujourd'hui plus

(2) Verneuil : *Du traumatisme considéré comme agent morbifique.* (*Revue de chirurgie*, 1881, p. 3.). *Aggravation des propathies par le traumatisme.* (*Société de chirurgie*, 1883, p. 150.)

maltraitée que les contrées de l'Europe où cette obligation n'est pas imposée. Il est à craindre que les choses ne fassent qu'empirer, en présence de l'énervement de la loi, de l'insuffisance des pénalités qu'elle édicte et du désarroi de l'opinion publique. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 mai 1893, t. XV, p. 452.)

L'eau potable dans la banlieue de Paris. — Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, dans sa séance du 12 mai, a entendu une communication très intéressante de M. Hétier, ingénieur en chef des ponts et chaussées, au sujet de la distribution prochaine, dans la banlieue, d'eau de bonne qualité. On sait que les communes situées dans la région du nord-ouest sont alimentées avec de l'eau de Seine, prise dans le fleuve en aval de Paris et d'une insigne impureté.

A diverses reprises, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a réclamé contre cet état de choses si pernicieux pour la santé ainsi que l'ont prouvé les dernières épidémies ; aussi a-t-il été heureux d'entendre M. Hétier lui annoncer que le Conseil général de la Seine, dans sa séance du 20 mars, avait pris une décision à ce sujet.

La Compagnie générale des eaux va établir des prises d'eau en amont de Paris, sur la Seine et sur la Marne. Les eaux seront amenées à Boulogne près du pont de Sèvres, par deux conduites et y seront épurées par le procédé Anderson perfectionné.

L'usine est installée et les appareils sont en service depuis la fin du mois d'octobre dernier. Leur fonctionnement a été régulièrement contrôlé par le laboratoire de Montsouris. Dans cette usine, l'eau puisée en Seine passe lentement dans un long cylindre horizontal, appelé *revolver*, qui est à moitié rempli de petits morceaux de fer et soumis à un mouvement de rotation. Elle s'y charge de protosels de fer à raison de 6 grammes environ par mètre cube et circule ensuite dans des bassins à *chicaner*, où elle s'aère, où le fer se suroxyde et se précipite, en entraînant les impuretés en suspension et les microbes. L'eau passe ensuite dans des filtres de sable qui en épurent 5 mètres cubes par jour et par mètre carré de surface, pour se rendre de là dans le réservoir de puisage. Après cette opération, le fer a disparu et les microbes ont diminué dans des proportions considérables. Pour détruire la matière organique persistante, on a eu l'idée d'insuffler de l'air dans l'eau, à son passage dans le revolver, et ce procédé a réussi.

En présence de ces résultats, l'administration a conclu, avec la Compagnie générale des eaux, un arrangement destiné à donner satisfaction au 57 communes que dessert cette compagnie. Elle s'engage à supprimer ses usines échelonnées le long de la Seine jusqu'à Epinay, à en créer trois nouvelles aux lieux ci-dessus indiqués, avec les appareils, les bassins et les filtres nécessaires pour épurer tout d'abord 70,000 mètres cubes d'eau par jour (la consommation actuelle est d'environ 50,000 mètres cubes). La Compagnie s'engage de plus à développer ses installations au fur et à mesure des besoins, de façon à ne plus fournir que de l'eau épurée. Les travaux seront terminés dans deux ans.

Statistique de l'Institut Pasteur. — L'Institut Pasteur vient de faire connaître le résultat de ses opérations pendant le mois de mars 1893. 141 personnes y ont été traitée ; 138 avaient été mordues par des chiens et 3 par des chats. Dans 78 cas, les animaux avaient été reconnus enragés par des vétérinaires ; chez 9, la maladie avait été démontrée expérimentalement et dans 54 cas, elle n'était que soupçonnée.

Ce nombre de 141 personnes traitées est un peu inférieur à la moyenne mensuelle des sept dernières années, laquelle a été de 153. En effet, d'après la statistique publiée par M. Henri Pottevin, dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (avril 1893), il y a eu, du 1er janvier 1886 au 1er janvier 1893, 12,782 personnes soumises aux vaccinations antirabiques dans cet établissement et il en est mort 68, c'est-à-dire 0,52 pour 100 ; mais la proportion

des décès va toujours en diminuant ; ainsi, pendant l'année 1892, il y a eu 1,790 personnes traitées et il n'en est mort que 4, soit 0,22 pour 100. La proportion des décès est beaucoup plus grande quand les morsures ont lieu à la tête. Elle est alors de 1,48 pour 100.

Les départements qui envoient le plus de gens mordus à l'Institut Pasteur sont ceux du Sud, du Sud-Ouest, et surtout ceux de la vallée du Rhône ; mais, chose étrange, ce sont les départements de l'Algérie qui occupent le premier rang. Ce fait est d'autant plus remarquable que, dans les premiers temps de l'occupation, les cas de rage étaient extrêmement rares, et qu'on a cru longtemps qu'elle était inconnue dans le Nord de l'Afrique. A Paris, le nombre des personnes mordues va croissant, mais celui des morts est très faible, parce que les sujets s'empressent de se rendre à l'Institut Pasteur.

Eclairage électrique des wagons de la ligne Paris-Lyon-Méditerranée. — Au mois de janvier dernier, nous avons annoncé que la Compagnie des chemins de fer du Nord venait d'appliquer l'éclairage électrique au chemins de fer de son réseau (1) ; la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée vient de suivre cet exemple. Après trois ans d'essais, elle a commencé l'application de l'éclairage, au moyen d'accumulateurs, sur cinquante voitures de première classe à quatre compartiments. Chaque voiture porte avec elle sa source d'électricité, sous forme d'une batterie d'accumulateurs de 12 éléments montés en série.

Les accumulateurs sont du *système multitubulaire* Donato-Tommasi, à électrodes protégés par une enveloppe perforée en celluloïde.

Chaque compartiment est éclairé par une lanterne contenant deux lampes à incandescence de 10 bougies et de 20 *volts*. Une seule de ces lampes est allumée normalement ; l'autre sert de réserve et s'allume automatiquement si le filament de la première vient accidentellement à se rompre. Ces lampes peuvent être alimentées pendant 35 heures. Le poids total de l'appareil est de 498 kilogrammes par voiture de 1re classe à quatre compartiments.

Microbes du tartre et des calculs salivaires. — A la séance de l'Académie des sciences du 15 mai, M. Milne-Edwards a présenté, de la part du docteur Galippe, une note sur la synthèse microbienne des calculs salivaires. Nous la reproduisons intégralement, en raison de son importance au point de vue de l'antisepsie buccale à laquelle les hygiénistes attachent à juste titre une si grande importance.

En avril 1886, l'auteur avait déjà publié, sur le tartre, sur les calculs salivaires en particulier et sur les calculs en général, le résultat d'analyses microbiologiques complétées par des travaux ultérieurs et tendant à démontrer que les parasites contenus dans les concrétions n'y existent pas accidentellement, mais sont les agents de phénomènes chimiques ayant déterminé la précipitation des substances les constituant. Ces parasites y conservent leur vitalité pendant plusieurs années. Ils sont cultivables et isolables.

Il a, depuis lors, tenté de réaliser la synthèse microbienne du tartre et des calculs salivaires. L'expérience commencée en décembre 1885 n'a pris fin qu'en février 1890. Au bout de ce temps, il a ttouvé dans la salive normale, saturée d'acide carbonique, un nombre considérable de petites concrétions calculeuses de densité variable. A l'aide de différents réactifs, il a pu établir que le squelette organique de ces calculs était constitué par un lacis très serré de microrganismes ayant déterminé la précipitation des sels terreux et que les microrganismes variaient suivant les espèces de calculs. Ces microrganismes ont conservé leur vitalité et peuvent être cultivés à nouveau.

(1) *Union médicale* du 17 janvier 1893, nº 7, p. 82.

Au point de vue chimique, les calculs sont constitués par du phosphate et du carbonate de chaux et de magnésie, comme ceux qui se forment spontanément dans l'économie. On conçoit que l'accroissement de tels calculs puisse être indéfini si les éléments constituants se renouvellent d'une façon continue. (*Revue scientifique*, numéro du 20 mai 1893.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1893. — Présidence de M. Ferret.

La langue grippale

M. Faisans : La grippe peut revêtir les aspects les plus variés et simuler un grand nombre de maladies : embarras gastrique, fièvre typhoïde, choléra, typhus exanthématique, méningite, etc. Or il est un signe qui permet, au moins dans le plus grand nombre des cas, de faire le diagnostic. Ce signe est tiré de l'examen de la langue.

On trouve, dans la plupart des auteurs, que la langue grippale est blanche, saburrale, sèche, etc.; il n'en est rien; la langue de la grippe est une langue *sui generis* et ne se retrouve dans aucune autre maladie.

Elle n'est pas altérée dans sa forme; elle n'est donc ni large et épaisse, comme dans l'embarras gastrique, ni rétractée, petite et pointue comme dans la fièvre typhoïde; peut-être est-elle quelquefois légèrement étalée. Elle est toujours humide ou, tout au plus, présente l'aspect d'une langue qu'on vient d'essuyer avec une compresse. Quand elle offre une tendance à se sécher, c'est qu'une complication phlegmasique est imminente ou déjà réalisée. Elle est lisse, unie, sans aspérités et sans sillons, et les saillies des papilles n'y sont pas apparentes. La caractéristique de cette langue, c'est sa coloration; c'est une teinte bleutée, assez analogue à celle de la porcelaine; cette teinte rappelle celle de certaines plaques de leucoplasie buccale ou, mieux encore, celle des plaques muqueuses bucco-pharyngées; en un mot la langue est opaline. Cette coloration est tantôt uniforme et tantôt tachetée; dans le dernier cas, la partie médiane et la base de la langue sont uniformément opalines, mais ses parties latérales et son extrémité sont comme tigrées de très petites taches arrondies opalines.

Ces deux variétés sont également pathognomoniques. S'il y a du catarrhe des voies digestives, la langue se modifie, devient plus large, plus épaisse et se recouvre à sa base et jusqu'à la partie moyenne d'un enduit saburral. Quand survient une complication phlegmasique grave, par exemple une pneumonie, la langue peut rester opaline; mais souvent elle se sèche.

La coloration opaline ne tient pas à la présence d'un enduit surajouté, car les frictions ne la font pas disparaître. Ce n'est guère que dans le rhumatisme aigu que l'on peut observer des caractères analogues, mais même, dans cette dernière affection, la langue est moins lisse et plus franchement blanche.

La langue opaline apparaît dans les deux ou trois premiers jours de la grippe, et dure autant qu'elle; parfois même elle persiste plusieurs jours après une guérison apparente. Les malades restent alors sous le coup de recrudescence que l'on appelle à tort des rechutes. L'aspect spécial que M. Faisans vient de décrire résiste aux purgatifs, aux vomitifs et aux éméto-cathartiques.

M. Juhel-Rénoy n'a pas remarqué l'aspect opalin de la langue grippale. Il a observé,

au cours de la grippe, des langues larges, étalées, ou au contraire contractées, petites ; la coloration était blanchâtre quand les phénomènes gastro-intestinaux prédominaient ; la langue était sèche, rouge, rôtie, quand il y avait une complication pulmonaire. M. Juhel-Rénoy, conserve donc quelques doutes sur la valeur pathognomonique que M. Faisans attribue à l'aspect opalin qu'il a décrit.

M. Faisans : La coloration opaline n'est pas un signe constant, mais un signe très fréquent de la grippe. Il existait neuf fois sur dix environ dans tous les cas que M. Faisans a observés depuis quatre ans. C'est au maximum d'intensité des épidémies que ce caractère est remarquable. Sa valeur diagnostique est surtout alors incontestable. Il y a deux ans, un enfant de dix ans présenta des symptômes cérébraux graves; deux médecins avaient porté le diagnostic de méningite, et le pronostic semblait des plus graves. M. Faisans, grâce à l'aspect caractéristique de la langue, put affirmer qu'il ne s'agissait là que d'une grippe à phénomènes cérébraux; trois jours après, en effet, l'enfant était complètement guéri.

M. Le Gendre n'a pas remarqué l'aspect opalin de la langue grippale; mais il a été frappé plusieurs fois de la desquamation très rapide et très complète de la langue, comme s'il s'était agi de scarlatine. Certains amers, la strychnine ont une action très favorable sur cet état de la langue au cours de la grippe.

Dilatation des bronches et artério-sclérose. — Mort par abcès du cerveau

M. Hanot présente l'observation d'un malade de 27 ans atteint d'une dilatation bronchique, consécutive à des bronchites répétées. Au sommet du poumon droit on entendait un souffle caverneux, du gargouillement, mais les crachats, examinés à plusieurs reprises, ne contenaient pas de bacilles de Koch.

Le malade fut pris brusquement d'épilepsie jacksonienne, de strabisme, et mourut bientôt après.

A l'autopsie, on trouva une dilatation des bronches au niveau du sommet du poumon droit, un abcès dans l'hémisphère droit et une artério-sclérose généralisée. Il était difficile d'expliquer, par le peu de pneumonie et de pleurésie chronique qu'on trouvait, les énormes dilatations bronchiques. Il semble bien que ce soit la lésion des bronches qui ait été la cause de la dilatation.

On connaît très peu l'étiologie et la pathogénie de cette lésion bronchique.

Il n'est pas exact d'incriminer une ou plusieurs bronchites aiguës et leur passage à l'état chronique. Il faut une prédisposition générale, une idiosyncrasie anatomique locale, qui, sous l'influence d'une ou plusieurs bronchites aiguës, d'une bronchite chronique ou de causes occasionnelles encore indéterminées, suscite l'évolution du processus spécial de l'ectasie bronchique.

Quant à la cause première de la dilatation des bronches, M. Hanot avait déjà noté, en 1884, que les artères bronchiques avaient des parois épaissies; mais cette lésion pouvait figurer au même titre et au même rang que toutes les autres observées dans la paroi bronchique. Dans le cas actuel, l'artério-sclérose des artères bronchiques est très accentuée en certains points où les autres éléments sont à peine intéressés; là, la lésion vasculaire prédomine ou même existe seule. D'ailleurs, l'artério-sclérose est généralisée; on la retrouve dans tous les organes.

Il semble donc qu'une condition générale constitutionnelle ait mis préalablement le tissu bronchique en état d'opportunité morbide et que, sans elle, les causes occasionnelles n'auraient pas suffi à réaliser l'ectasie bronchique. Cette condition générale, c'est l'artério-sclérose.

M. Rendu demande si le malade de M. Hanot avait eu des broncho-pneumonies ou des

pleurésies, car bien des auteurs pensent encore qu'il suffit de bronchites avec inflammations parenchymateuses et adhérences pleurales pour créer la dilatation bronchique.

M. Hanot a suivi son malade pendant plusieurs années; il a assisté pour ainsi dire à la formation de l'ectasie bronchique; cet homme n'a jamais eu de broncho-pneumonies et si, à l'autopsie, on a trouvé quelques adhérences pleurales, c'était à la base du poumon, c'est-à-dire dans un point où les bronches n'étaient pas dilatées.

M. Le Gendre a observé un homme de 40 ans entré à l'hôpital avec l'apparence d'un cardiaque en imminence d'asystolie; il avait des hémoptysies de sang noir et on pensait à un infarctus pulmonaire. Quelques jours après, les phénomènes cavitaires perçus au niveau de la base du poumon gauche permirent de faire le diagnostic de dilatation bronchique.

Le malade resta pendant deux mois à l'hôpital, expectorant des crachats fétides, purulents, ne contenant pas de bacilles de la tuberculose. Puis il fut pris d'une hémoptysie considérable; pendant une semaine, il cracha du sang en grande quantité et il finit par succomber.

A l'autopsie, on trouva une dilatation bronchique à la base du poumon gauche; il y avait une poche volumineuse remplie de caillots noirâtres; les parois de cette poche étaient très vascularisées. Il n'y avait pas d'adhérences pleurales. Par contre, le rein, le cœur, l'aorte, tous les organes étaient atteints d'artério-sclérose.

Glio-sarcome du cerveau

M. Laveran rapporte le cas d'un malade de 47 ans qui, en avril 1892, fut pris brusquement d'attaques épileptiformes, se répétant très fréquemment jusqu'en novembre. Bien qu'il n'y eut aucun signe de syphilis, on prescrivit le traitement spécifique et les attaques s'arrêtèrent momentanément.

Elles reparurent en janvier 1893, et c'est alors que ce malade entra dans le service de M. Laveran avec une hémiplégie faciale gauche sans hémiplégie des membres.

Bientôt, l'intelligence s'affaiblit, la mémoire diminua, la parole devint difficile sans qu'il y ait aphasie véritable. Le malade tomba enfin dans le coma et mourut.

A l'autopsie, on trouva un épaississement considérable de la boîte cranienne (1 centim. 1/2 au niveau du pariétal), des adhérences de la dure-mère et enfin une tumeur du volume d'une pomme d'api, siégeant exactement à la base des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites et envahissant la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale. Il y avait, en outre, un épanchement abondant intraventriculaire.

L'examen histologique de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'un sarcome fusocellulaire constituant plusieurs noyaux assez consistants au milieu d'un tissu mou gliomateux. C'était un glio-sarcome.

Le siège de la tumeur expliquait facilement les symptômes observés pendant la vie.

COURRIER

M. le docteur Sauton, ancien interne des asiles de la Seine, est chargé d'une mission en Norvège, Laponie, Finlande, Turquie, Asie-Mineure, Egypte, Grèce et Italie, à l'effet d'y étudier la lèpre, au point de vue historique et scientifique.

— M. le docteur Rohmer, médecin adjoint au lycée de Nancy, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Feltz, décédé.

— M. le docteur Parisot, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est nommé médecin adjoint au lycée de cette ville, en remplacement de M. le docteur Rohmer.

— Par arrêté préfectoral en date du 15 avril 1893, M. Sulot (Jean-Claude), docteur en médecine, demeurant rue des Gatines, 13, est nommé médecin-inspecteur des écoles du 20e arrondissement, en remplacement de M. le docteur Dupré.

Récompenses honorifiques a des médecins. — Conformément au décret du 31 mars 1885, le président du Conseil, ministre de l'intérieur, a décerné aux médecins ci-après désignés des médailles d'honneur ou des mentions honorables, en témoignage du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie cholérique de 1892, dans le département de la Seine :

Médailles d'or. — M. le professeur Brouardel. — M. le docteur Paul Brousse, conseiller municipal de Paris. — M. le docteur Colin, inspecteur général, président du Conseil de santé des armées. — M. le docteur Dubousquet-Laborderie, médecin à Saint-Ouen. — M. le docteur Fernet (Charles), médecin de l'hôpital Beaujon, à Paris. — M. le docteur de Grissac (Armand), médecin à Argenteuil. — M. Jeannin, interne provisoire à l'hôpital temporaire du bastion 36, à Paris. — M. Le Juge de Segrais, interne provisoire à l'hôpital temporaire du bastion 36, à Paris. — M. le docteur Leroy des Barres, chirurgien de l'ôpital de Saint-Denis. — M. le docteur du Mesnil, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique de France. — M. le professeur Peter, médecin de l'hôpital Necker, à Paris. — M. le docteur Renault, médecin des hôpitaux, à Paris.

Médailles de vermeil. — M. le docteur Babinski, chargé d'un service de cholériques à l'Hôtel-Dieu, à Paris. — M. le docteur Bourcy, médecin du Bureau central, chargé d'un service de cholériques à l'Hôtel-Dieu, à Paris. — M. le docteur Delpeuch, médecin du Bureau central, chargé du service des cholériques à l'hôpital Lariboisière, à Paris. — M. le docteur Dupuy, médecin à l'hôpital de Saint-Denis. — M. le docteur Hellet, maire de Clichy. — M. Lasserre (Jean), interne à l'hôpital Beaujon, à Paris. — M. le docteur Lesage, ancien interne des hôpitaux, chargé du service des cholériques à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. — M. le docteur Michaux, médecin à Aubervilliers. — M. le docteur Mouton, membre adjoint de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du 11e arrondissement, à Paris. — M. le docteur Roger, médecin du Bureau central, chargé du service des cholériques à l'hôpital Saint-Louis, à Paris. — M. le docteur Siredey, médecin du Bureau central, chargé d'un service de cholériques à l'Hôtel-Dieu, à Paris. — M. le docteur Touvenaint, médecin inspecteur adjoint du service des épidémies, à Paris.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Le ministre de l'instruction publique a décidé que les élèves des Ecoles annexes de médecine navale, candidats à l'Ecole principale du service de santé à Bordeaux, seront mis en série dès l'ouverture de la Faculté de médecine de Bordeaux, pour les élèves de Brest et de Rochefort, et dans celle de Montpellier, pour les élèves de Toulon, en vue de subir le premier examen du doctorat en médecine.

M. le médecin de 2e classe Noblet est appelé à servir à la Guyane, en remplacement de M. L'Eost, rappelé à Cherbourg.

M. le médecin de 2e classe Viancin est placé hors cadre, pour faire partie de la mission du commandant Monteil.

M. le médecin de 2e classe Jourdran est désigné pour servir à la Guyane.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Tillaux.

De l'amputation de la cuisse dans les tumeurs blanches du genou

Leçon recueillie et rédigée par le docteur P. Thiéry, chef de clinique.

Messieurs, nous allons opérer un homme, artiste peintre, âgé de 38 ans, atteint de tumeur blanche du genou. A l'âge de 7 ans, il fit une chute à la suite de laquelle le genou devint douloureux; on appliqua alors des cautères, mais bientôt il survint de la déformation et le membre prit l'attitude vicieuse bien connue de la flexion. Sédillot fit une première tentative et redressa le membre de l'enfant sous la narcose chloroformique; le jeune malade avait alors 7 ans seulement, comme je vous l'ai dit; l'opération fut suivie de la mise en place d'un appareil amidonné. Le résultat obtenu fut vraiment excellent : une longue accalmie suivit, pendant laquelle l'enfant eut, à l'âge de 10 ans, une fracture de la cuisse gauche et à l'âge de 11 ans, une fracture du péroné gauche; notez bien que ces deux traumatismes portèrent précisément sur le membre primitivement atteint de tuberculose du genou sans que l'affection fût réveillée; on ne peut mieux affirmer que la première intervention avait produit un résultat parfait. Bien plus, à l'âge de 20 ans notre malade entra à l'Ecole des beaux-arts et le résultat fonctionnel était tel qu'il pouvait même monter à cheval.

Jusqu'en février dernier, il eut cependant, dans la période qui s'écoula entre 20 et 38 ans, son âge actuel, des alternatives d'amélioration, de fausse guérison et d'aggravation, tant et si bien qu'il dut, pendant cette période, porter six ou sept appareils silicatés ou autres; il en obtint chaque fois quelque bénéfice qui fit temporiser.

Mais en février dernier, il fut pris d'accidents tout à fait aigus; la suppuration dont il n'avait pas encore été question apparut, et ce fut depuis lors une suite interminable d'abcès, de fistules; actuellement, il ne présente pas moins de trois trajets fistuleux autour de l'articulation malade.

Ces accidents le décidèrent alors à entrer à l'hôpital, dans mon service.

Pourquoi cet homme n'a-t-il point été guéri complètement de sa tumeur blanche, dont l'évolution a cependant présenté une lenteur peu habituelle? A cette question, on peut sans doute répondre : parce que les bacilles n'ont pas été détruits, mais je dirai que c'est surtout parce qu'on n'a pas obtenu l'ankylose. Sédillot la cherchait évidemment quand, après avoir redressé, il appliqua son appareil amidonné, et il est probable qu'il l'eût obtenue si l'appareil eût été maintenu en place un temps suffisant.

Mais le malade quitta Strasbourg pour venir à Paris. Loin de garder l'immobilisation indiquée, il allait et venait. Or, Messieurs, sauf peut-être chez l'enfant, et encore ! une tumeur blanche qui a dépassé le stade des

déformations des surfaces articulaires n'est plus susceptible de guérir d'une façon permanente, durable, tant que la fusion osseuse n'est pas obtenue, et on est en général obligé dans ces cas, après de nombreuses alternatives d'amélioration et d'aggravation, d'en arriver en définitive à l'opération sanglante.

Il faut donc dès le début viser l'ankylose, et pour ce faire, il vous faudra lutter de toute votre autorité contre le malade et la famille qui ont une invincible horreur de l'ankylose, pour lesquels le mot seul est un épouvantail; il faut que vous ayiez en vous une foi profonde, la conviction que c'est là le salut du malade et le seul moyen de préserver même sa vie. Résistez donc aux objurgations de la mère et laissez plutôt consulter un autre confrère; mais, tenez-vous-en à cette décision.

Chez notre malade, qu'est-il arrivé ? On appliquait l'appareil, il est vrai, mais un temps insuffisant, et, dès qu'il allait mieux, l'appareil était supprimé; il perdait donc, en quelques jours de marche, le bénéfice de plusieurs mois d'immobilisation.

Actuellement, l'articulation est considérablement augmentée de volume : le fémur paraît renflé à son extrémité et ce gonflement remonte jusqu'à 8 et 10 centimètres des surfaces articulaires ; le tibia, moins malade je crois que le fémur, est subluxé en arrière et donne à l'article un aspect qui est vraiment caractéristique.

J'ai déjà signalé les trajets fongueux qui s'ouvrent à la peau.

En présence de pareilles lésions, il n'y a que deux opérations auxquelles on puisse songer : la résection du genou et l'amputation de cuisse.

Faut-il faire la résection ? Je réponds fermement non et cela pour deux raisons, l'une d'ordre moral l'autre d'ordre anatomo-pathologique ; cette dernière de beaucoup la plus sérieuse, car je crains que les lésions des surfaces articulaires ne s'étendent fort loin dans les os au delà de ces surfaces.

J'aurais cependant à la rigueur accepté de tenter la résection, mais avec l'autorisation expresse du malade d'amputer si cela me paraissait nécessaire ; en tout cas, je n'accepterais pas de réséquer sans avoir le consentement à l'amputation.

Mais le malade est venu à l'hôpital avec l'intention et le désir d'être amputé : c'est un homme instruit, qui connaît l'une et l'autre opération, les résultats qu'elles donnent et les dangers auxquels elles exposent. Luimême a décidé l'amputation et tout à l'heure encore, pendant la visite des salles, au moment où, pour interroger son désir, j'émettais l'hypothèse d'une résection possible, il me dit : « Pouvez-vous m'affirmer qu'en faisant la résection, vous êtes aussi certain de me guérir que par l'amputation? »

Messieurs, la perte d'un membre inférieur est certes chose très grave ; mais, dans ces conditions, le malade demandant lui-même l'amputation, il faut la préférer à la résection et nous allons amputer à la partie moyenne.

Mais quel procédé allons-nous choisir? Nous pouvons employer la méthode circulaire qui est assez facile, donne des résultats satisfaisants, mais n'est assurément pas la meilleure.

Reste la méthode à lambeaux ; le procédé qui consiste à tailler deux lambeaux latéraux égaux était fort en faveur il y a vingt-cinq ans, mais il a

l'inconvénient de la méthode circulaire, car il place la cicatrice à l'opposite de la section osseuse et cela a plus d'un inconvénient.

La méthode à lambeau unique comprend aussi plusieurs procédés : soit le lambeau externe de Teale, méthode très en faveur en Angleterre autrefois et que Malgaigne adoptait volontiers, soit le lambeau antérieur dont je me déclare partisan, car le lambeau y est toujours bien fourni ; il retombe au devant de la surface de section et les parties s'appliquent d'elles-mêmes, ce qui facilite la suture, enfin la cicatrice est protégée.

Ce procédé consiste en une incision latérale externe verticale qui commence au point où doit porter la section osseuse et d'où part un long lambeau plutôt carré qu'arrondi pour éviter qu'il soit trop effilé, dont la branche interne remonte au niveau de l'adducteur jusqu'à la hauteur du point de départ. La longueur du lambeau doit être égale au diamètre et demi du membre ; en bas l'artère est en dehors du lambeau ; si l'on ampute haut, elle peut y être contenue.

La bande d'Esmarch étant appliquée, taillez le lambeau en incisant d'abord seulement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose ; faites rétracter par l'aide le lambeau cutané, puis coupez obliquement les muscles à plein tranchant et non par transfixion.

Ayez soin que les muscles ne débordent pas la peau car la suture serait alors très difficile et le muscle ferait hernie entre les lèvres.

En arrière, incisez la peau à deux travers de doigt au dessous de la base du lambeau ; coupez d'abord la peau; puis celle-ci étant rétractée coupez les muscles à la base même du lambeau. Ruginez l'os pour relever le périoste et faire la voie à la scie et sciez.

Il s'agit alors de faire l'hémostase en pinçant les principales artères, avant d'enlever la bande d'Esmarch, puis je place un drain à chaque angle de la plaie et je suture.

Mais, dès 1870-1871, j'ai fait sur la torsion des vaisseaux des travaux qui m'ont conduit à ne faire pendant dix ans que la torsion comme procédé d'hémostase.

Je reconnais qu'aujourd'hui, depuis l'emploi des fils aseptiques que l'on peut abandonner dans les plaies, la torsion n'a plus les indications qu'elle pouvait avoir lorsque nos fils très septiques infectaient la plaie et retardaient la cicatrisation qui demandait alors cinq à six semaines ; parfois aussi la septicémie tuait le malade.

Aujourd'hui, non seulement les fils sont aseptiques mais même résorbables ; aussi la torsion n'a plus de raison d'être : mais je tiens à affirmer que si la torsion ne vaut pas mieux que la ligature, elle est au moins aussi efficace, c'est donc une méthode importante que je vais pratiquer devant vous ; je le répète, c'est un procédé d'hémostase aseptique puisqu'il permet de n'abandonner dans la plaie aucun corps étranger.

Le manuel opératoire en est simple : on peut se servir avec avantage de la pince à mors longs et à ailettes que j'ai fait construire à cet effet.

Le premier temps consiste à dégager le bout de l'artère et à le saisir transversalement, puis on pousse le verrou de la pince qui étreint le vaisseau.

Dans un deuxième temps, on tord toujours dans le même sens ; le nombre de tours est illimité et on ne doit s'arrêter que lorsque l'artère est rompue et que la pince entraîne le bout d'artère séparé.

Après quelques tours, on sent une sorte de craquement qui correspond à la rupture de la tunique moyenne. D'autre part, il est à noter que la torsion ne s'effectue que sur une faible longueur du vaisseau, quelques millimètres au plus.

M. Tillaux pratique alors (21 avril 93) l'amputation de cuisse à lambeau antérieur, avec torsion de l'artère fémorale, qui donne une hémostase parfaite. Nous devons avouer que nous étions curieux de voir mettre en pratique pour une artère d'aussi gros calibre ce procédé d'hémostase aujourd'hui abandonné. A la suite de sa clinique du 3 mai, M. le professeur Tillaux répéta pour un sarcome de la cuisse la même opération. La torsion de la fémorale fut suivie de même d'un plein succès.

Arthropathies syringomyéliques

La syringomyélie, dont la symptomatologie et même l'unité anatomo-pathologique sont encore parfois discutées, peut s'accompagner, pendant les premiers temps de sa longue évolution, d'arthropathies revêtant l'aspect de celle de l'ataxie locomotrice.

C'est du moins ce qui résulte d'une observation récemment publiée dans une des Cliniques du professeur Charcot; le malade présentait des arthropathies à évolution rapide, distinctives, précédées et accompagnées de douleurs à type fulgurant et le diagnostic de tabès semblait tout indiqué.

Les arthropathies syringomyéliques apparaissent généralement très brusquement et en dehors de tout choc traumatique; l'articulation se tuméfie sans qu'il y ait aucun phénomène réactionnel et la jointure se disloque, se luxe. Ce sont les articulations des membres supérieurs qui sont atteintes, et même, jusqu'à présent, on ne connaît pas de cas où celles du membre inférieur aient été trouvées lésées.

Anatomiquement, il y a deux variétés d'arthrites syringomyéliques, et on a décrit une forme atrophique et une forme hypertrophique. Dans cette dernière, qui est la plus commune, il y a allongement et destruction des ligaments et de la capsule, les extrémités osseuses deviennent pour ainsi dire flottantes. Comme dans l'ataxie locomotrice, il se produit soit des fractures partielles, soit des végétations osseuses; plus fréquemment que dans le tabès, on constate l'existence d'artériomes isolés développés dans les tendons, les aponévroses ou l'épaisseur même des muscles. Ainsi que le dit le professeur Charcot, aucun signe local ne permet donc de distinguer l'arthropathie syringomyélique de l'arthropathie tabétique.

C'est l'étude des symptômes concomitents qui permet seule d'arriver au diagnostic. Dans le cas de M. Charcot, ce malade n'était pas scoliotique et présentait des douleurs fulgurantes rappelant absolument celles de l'ataxie si ce n'est qu'elles se localisaient au voisinage des jointures. Mais les réflexes rotuliens étaient normaux, on ne constatait ni troubles des fonctions vésicales, ni signes de Romberg, ni troubles pupillaires, ni paralysie oculaire. D'autre part, le sujet présentait un nystagmus marqué, accident rare dans le tabès et fréquent dans la syringomyélie.

Malgré cela, M. Charcot avait posé le diagnostic d'ataxie et ce n'est que l'exploration méthodique de la sensibilité qui l'a conduit à admettre la syringomyélie. A la main droite, aux doigts et à la face antérieure de l'épaule

droite, le tact est conservé, mais la sensibilité à la température et à la douleur était abolie. Cette dissociation syringomyélique n'est pas pathognomonique, on ne doit pas l'oublier ; on la rencontre aussi dans la lèpre, la névrite péryphérique, l'hystérie, et elle doit simplement entrer en ligne de compte dans l'établissement d'un diagnostic. Le malade de M. Charcot présentait aussi de l'atrophie des muscles de l'épaule et c'est en se basant sur l'association de tous ces signes que le maître a été conduit a admettre qu'il s'agissait d'une gliomatose médullaire. Pour lui, en effet, la syringomyélie a comme caractéristique anatomique le développement d'une cavité à parois gliomateuses, dans la substance grise spinale ; la lésion se développe surtout dans la région cervicale, envahit de proche en proche les cornes antérieures et postérieures et repousse ou détruit les faisceaux blancs.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

L'amputation dans le traitement du tétanos

M. Verneuil croit que le tétanos est beaucoup plus fréquent qu'on ne le dit. Comme, de plus, c'est une fort grave complication des plaies, puisque la mortalité atteint 50 p. 100, il importe d'étudier avec soin les moyens de le combattre. Lorsque M. Verneuil a commencé à faire de la chirurgie, on n'entendait pas parler de tétanos chronique; actuellement, on connait des tétanos qui durent longtemps ; cela tient à ce que l'on emploie le traitement médical par le chloral et la morphine, traitement qui a été prescrit, pour la première fois, par M. Verneuil en 1871.

L'amputation est loin d'être nécessaire pour guérir le tétanos. En 1865, M. Verneuil était appelé en province auprès d'un homme dont la moitié d'une main avait été emportée dans un accident de chasse. Peu de temps auparavant, un des voisins du blessé était mort du tétanos, après un accident du même genre, et on comptait que M. Verneuil ferait l'amputation ; il s'y refusa, recourut, à ce moment où l'on ne parlait pas encore d'antiseptie, à des bains tièdes permanents d'eau alcoolisée et sauva son malade.

Un individu, dans un accident de chemin de fer, se fait des plaies et des fractures multiples ; il est pansé avec un mélange de camphre, d'iodoforme et de quinquina, et guérit.

M. Perier a communiqué deux observations à M. Verneuil : dans la première, il s'agit d'un homme qui eut la jambe et le pied lacérés par l'engrenage d'une balayeuse publique et fut pansé à l'huile phéniquée; traité par le chloral, il guérit. Le second cas de M. Perier est celui d'une femme ovariotomisée qui fut prise de tétanos aigu à la suite de l'ablation des fils de suture et succomba rapidement.

M. Schwartz a eu deux succès par l'emploi du chloral, et on peut dire qu'actuellement le pronostic du tétanos s'améliore de jour en jour.

Si l'amputation n'est pas nécessaire pour guérir le tétanos, elle ne l'empêche pas non plus d'évoluer. A Givet, dans la vieille ville, les cas de tétanos sont fréquents ; un des habitants s'écrase le pouce, on fait l'amputation le lendemain, et il succombe au tétanos qui éclate sept jours plus tard.

Un charretier s'écrase la main et la plaie devient le siège d'une affection gangréneuse; il est amputé par M. Schwartz et meurt du tétanos.

M. Verneuil n'affirme cependant pas que l'amputation n'est jamais favorable. Trois cultivateurs sont blessés par l'explosion d'une mine; un seul est amputé, et c'est le seul qui guérit.

Il est des cas où l'amputation semble inoculer le tétanos. Un charretier se jette à bas d'une voiture dont le cheval est emporté; il se fait une fracture communicative et quinze jours plus tard on l'ampute pour des complications suppuratives; le tétanos apparaît huit jours après l'amputation et tue le malade. Chez une femme blessée par une machine à broder, le tétanos éclate, on l'ampute et on la traite en même temps médicalement, sans pouvoir empêcher la mort rapide. La main amputée, examinée par M. Roux, ne renfermait ni le basile de Nicolaier, ni les éléments tétanigènes. Dans ce cas, l'amputation a accéléré la marche des accidents.

Voici un cas favorable à l'intervention. Un homme, jardinier, porteur d'un lipome ulcéré par l'application de caustiques, est pris de tétanos; après désinfection, on enlève le lipome et on continue le traitement médical; le malade guérit.

Les plaies les plus petites peuvent être suivies de tétanos, c'est ainsi que cinq soldats furent pris de cette affection après des piqûres faites avec une seringue de Pravaz. On a dit que le bacille de Nicolaïer ne devenait dangereux qu'associé au vibrion septique, c'est là un fait non prouvé.

Certaines observations sont curieuses. Près de Menton, un homme est blessé par l'explosion d'une mine, il est amputé et succombe au tétanos. Deux ans après, un autre homme est blessé dans les mêmes conditions; pris de tétanos, il est traité médicalement et guérit.

Sur les 14 cas qu'a réunis M. Verneuil, il y a eu 10 morts, et les guérisons sont dues au traitement médical. L'amputation est quelquefois utile, mais elle est loin d'être indiquée dans tous les cas, et peut être nuisible.

L'épidémie du typhus à la maison de Nanterre

M. Sapelier rend compte de l'épidémie de typhus qu'il a observée à la maison de Nanterre. Il a soigné vingt-trois cas qui lui ont donné quatorze décès et neuf guérisons. Les symptômes observés ont été ceux qu'on trouve décrits dans les ouvrages classiques. Les recherches bactériologiques, faites sur quatre malades, ont été négatives; on n'a trouvé que des bactéries banales, paraissant sans rapports possibles avec la maladie.

Le traitement a consisté surtout en toniques, analgésine et hygiène. Deux points, cependant, méritent d'attirer l'attention : l'usage des lotions froides et les injections de sérum artificiel.

Des lotions froides, vinaigrées étaient répétées, jour et nuit aussitôt que la température dépassait 40°. Elles produisaient chez les malades un grand bien-être; la liberté du ventre était entretenue au moyen de lavements froids.

Je dois tout particulièrement insister, dit M. Sapelier, sur l'action des injections intraveineuses de serum artificiel. Sous l'influence d'une injection de 600 grammes de ce serum, faite lentement, toutes les vingt-quatre heures, les typhiques, dans un état de contracture généralisée et de prostration telle que la mort semblait imminente, reviennent à eux, ouvrent les yeux et parlent au fur et à mesure que le serum pénètre dans la circulation. La température s'abaisse à la suite de l'injection et même peut rester pendant quelques heures aux environs de la normale. En général, la température ne remonte pas aussi haut qu'avant le début des injections et les nouvelles doses de serum amènent progressivement la défervescence. Douze malades ont été traités par les injec-

tions de serum artificiel : six ont guéri, six sont morts. Etant donné que cette méthode a surtout été employée dans des cas très graves, je crois que les injections sont appelées à rendre de réels services dans le traitement du typhus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 mai 1893. — Présidence de M. CHAUVEAU.

SOMMAIRE : M. Girode : Choléra et fièvre typhoïde ; Non-absorption du salol. — MM. Paul Blocq et Marinesco : Tremblement Perkinsonien hémiplégique symptômatique d'une tumeur du pédoncule cérébral. — De Dominicis : Pathogénie du diabète.

M. GIRODE : Le choléra et la fièvre typhoïde non seulement frappent ensemble une même localité sous une forme épidémique, mais peuvent se développer successivement chez un même sujet. Parfois, c'est le choléra qui vient compliquer et rapidement aggraver une fièvre typhoïde ; M. Girode a vu à l'Hôtel-Dieu de Rouen un typhique atteint de choléra au cours d'une petite épidémie intérieure et emporté en deux jours et demi. Ordinairement, c'est l'infection typhique qui succède au choléra. Les cas authentiques sont rares et doivent être distingués de la réaction typhique simple d'un choléra ordinaire ; M. Galliard a rapporté deux cas dont un incontestable de dothiénentérie ayant succédé au choléra. Voici un exemple de la même succession où la démonstration a été à la fois clinique, anatomique et bactériologique. Un homme, à Beaujon, est au troisième jour du choléra ; les spirilles cholériques sont abondamment démontrées dans les selles. Les jours suivants, on assiste progressivement au développement d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique avec courbe thermique ordinaire, diarrhée ocreuse et taches rosées. La balnéothérapie froide améliore un instant la situation, mais le malade succombe rapidement au seizième jour. A l'autopsie, on constate les lésions intestinales, spléniques et ganglionnaires mésentériques d'une fièvre typhoïde légitime à la période d'état et d'augment. L'infiltration des follicules et des plaques de Peyer et les ulcérations de ces dernières sont tout à fait caractérisées. Le bacille d'Eberth isolé des selles est retrouvé dans les urines albumineuses pendant la vie. Il a été extrait du suc splénique en culture pure et contrôlé suivant les méthodes usuelles.

M. GIRODE présente ensuite deux masses de salol qui ont été recueillies telles qu'elles, il y a plus d'un an, dans l'estomac d'une femme morte du choléra. Cette femme, entrée à Beaujon le 17 avril, succombait le 20. Elle avait pris le 18, à trois heures d'intervalle, six doses de salol de 0,50 centigrammes. Le 19, le médicament était suspendu, après la troisième dose. A plusieurs reprises, des vomissements avaient suivi de près l'ingestion du médicament, et il y avait de grandes présomptions qu'une partie du salol avait été immédiatement rejetée. Or, à l'autopsie, ou remarquait, dans la partie la plus déclive de l'estomac, vers le milieu de la grande courbure, deux bosselures un peu saillantes, au niveau desquelles la paroi stomacale était plus vivement vascularisée. La main sentait en ce point deux corps résistants. A l'intérieur, on trouvait dans les points correspondants les deux corps que montre M. Girode ; ce sont, deux masses de salol pesant, l'une 1 gr. 55 et l'autre, 1 gr. 25. Les fragments de médicaments ont été aglutinés et tassés en une masse aplatie concavo-convexe, dont la largeur répond aux bosselures de la face externe : chacun d'eux accuse une dépression en logette sur laquelle il se moule assez exactement. A ce niveau, la paroi est très amincie, quoique du côté muqueux comme du côté séreux, les vaisseaux soient plus apparents dans la portion de muqueuse, avec laquelle les deux corps étrangers sont en contact. L'étude microscopique de cet estomac recueilli moins de trois heures après la mort, montre, dans les points déprimés en logette, des lésions de nécrose épithéliale contrastant avec

l'intégrité relative du reste de l'estomac. Le contenu gastrique abondant et verdâtre était riche en microbes et particulièrement en bacilles-virgules, de même que le contenu intestinal. La muqueuse de l'intestin grêle présentait un grand nombre d'érosions superficielles et des ulcères folliculaires, soit isolés, soit agminés sur les plaques de Peyer.

Ainsi le salol, donné à doses modérées et peu longtemps continuées est resté complètement inutilisé et cela n'a rien de surprenant dans une maladie où la mécanique digestive est si bouleversée et les sécrétions si troublées. On s'étonne après cela de voir le salol vanté par certains expérimentateurs en particulier par Hueppe comme le médicament anti-cholérique par excellence.

Non seulement le but thérapeutique est manqué, mais on se demande si pareille médication ne pourrait pas occasionner quelques dangers. Il ne serait pas indifférent que des corps étrangers analogues séjournassent au contact d'ulcérations gastriques comme M. Gaillard en a vu dans le choléra et comme M. Girode en a lui-même observé trois exemples. A défaut de preuves directes, les faits empruntées à la pathologie intestinale montrent que le salol non utilisé peut avoir des inconvénients (Balestre). En tout cas, il s'agit d'une médication à employer prudemment dans les affections digestives ulcéreuses et restant à prescrire avec réserve au cours des affections cholériques.

— MM. Paul Blocq et G. Marinesco : Le cas de tremblement dont il s'agit est celui d'un malade du service de M. le professeur Charcot, dont l'observation a été communiquée par M. P. B. Charcot. Il a trait à un sujet qui présenta pendant sa vie un tremblement limité au côté gauche, tremblement offrant cliniquement et graphiquement tous les caractères de celui de la maladie de Parkinson, au point que ce diagnostic fut porté pendant la vie. Le malade ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, l'autopsie vint démontrer la présence d'un tubercule siégeant dans l'épaisseur du pédoncule cérébral droit. La tumeur grosse comme une olive, occupe en grande partie le locus niger de Sœmmering et, malgré son volume, est située de telle sorte qu'elle n'intéresse ni le pied du pédoncule, ni le pédoncule cérébelleux supérieur, ni les filets du nerf moteur oculaire commun. Le ruban de Reil est très légèrement altéré. Il n'existe ni dégénération ascendante ni dégénération descendante, tant dans la partie du pédoncule située au-dessus du néoplasme que dans la partie inférieure, la protubérance, la bulbe et la moelle épinière. Un cas identique a été recueilli par M. le professeur Charcot. Des cas analogues sinon absolument identiques (tremblement intentionnel) ont été rapportés notamment par Mendel et par Benedickt.

Il semble bien, d'après cela, que les altérations du pédoncule non destructives du pied sont susceptibles de déterminer un tremblement sur la pathogénie duquel on ne saurait actuellement proposer que des hypothèses dont la plus vraisemblable serait une excitation particulière du faisceau pyramidal.

M. de Donumeis rappelle l'opinion des divers expérimentateurs qui se sont occupés de la pathogénie du diabète sucré ; tandis que pour van Méring, Minkewsky, Hédon, Gley, l'extirpation complète du pancréas entraverait toujours l'apparition de la glycosurie, pour M. de Donumeis, au contraire, cette extirpation serait rarement suivie de glycosurie. Dans les expériences nombreuses qu'il a pratiquées sur le chien, il n'a pas constaté toujours l'existence du diabète ainsi qu'on l'avait annoncé; cependant, l'extirpation de la glande était complète, ainsi qu'on a pu s'en assurer à l'autopsie des animaux.

D'autres fois chez d'autres animaux qui présentaient de la glycosurie, il a pratiqué des greffes pancréatiques ; ces greffes ont parfaitement réussi et néanmoins les animaux sont restés avec une glycosurie intense. Au point de vue de la pathogénie du diabète

pauréatique, tandis que certains auteurs attribuent à cette affection une origine nerveuse, d'autres estiment qu'elle se produit par des ferments pancréatiques divisés dans le torrent circulatoire, M. Donumeis croit qu'il y a seulement auto-intoxication.

M. Chauveau pense que dans toutes ces questions de glycosurie, il y a lieu de tenir compte de l'alimentation de l'animal.

M. Lanesan rappelle qu'au point de vue clinique, il y a des diabètes maigres sans altération du pancréas.

M. Donumeis a pratiqué onze fois la transfusion du sang et a toujours obtenu d'excellents résultats avec cette méthode ; il y a lieu de la tirer de l'oubli dans laquelle elle semble tombée.

BIBLIOTHÈQUE

Guide pratique aux eaux minérales de la France et de l'étranger, par Constantin James, chevalier de la Légion d'honneur, et Victor Audhoui, médecin de l'hôpital de la Pitié et des eaux de Vichy, médecin du ministère des affaires étrangères.

Ce livre classique, dont les éditions multipliées ont établi la grande valeur scientifique, vient d'être mis au courant des derniers progrès par M. le docteur Victor Audhoui. L'ouvrage renferme, outre la description des eaux minérales et des stations thermales, une Introduction contenant les principes de l'hydrologie médicale et un supplément nosologique ou méthode destinée à faciliter la détermination des genres et des espèces d'eaux minérales susceptibles de convenir aux divers états morbides.

L'Orviétan, histoire d'une famille de charlatans du Pont-Neuf, par le docteur Le Paulmier. — Paris, à la Librairie illustrée.

La préférence des lecteurs est acquise aux livres documentés, mais encore faut-il, pour que le succès se trouve justifié, que le document soit présenté avec esprit et discernement et, s'il constitue le fond de la trame, qu'un amusant récit vienne augmenter celle-ci et en broder la surface.

C'est le cas de l'*Orviétan*. Il nous raconte, à l'aide d'actes notariés et de pièces d'archives, l'histoire authentique d'un électuaire jadis fameux, aujourd'hui bien oublié. Mais l'histoire de ce remède est rendue étonnamment vivante, intéressante, passionnante même, parce qu'elle se confond avec celle des familles de charlatans qui lancèrent cette drogue merveilleuse et en exploitèrent le privilège pendant plus de deux cents ans.

Nous voyons, en effet, dans ce livre singulier, ressusciter le Pont-Neuf en son bon temps. Nous assistons aux bruyantes et joyeuses parades des saltimbanques, remplacées depuis lors par les lugubres annonces qui encombrent nos journaux. On nous initie aux procès étranges intentés par l'Académie à ces pitres qui avaient au moins sur nos spécialistes modernes l'avantage de divertir ceux qu'ils se proposaient de guérir ou d'empoisonner. Puis, conséquence inéluctable, nous voyons, alors comme aujourd'hui, la réclame tapageuse faire sortir les écus des goussets les plus récalcitrants pour enrichir les charlatans sans scrupules.

C'est au docteur Le Paulmier, auteur d'un livre très apprécié sur Ambroise Paré — livre couronné en son temps par l'Académie française — que nous sommes redevables de ce curieux récit.

LES ANGINES A FAUSSES MEMBRANES, par le docteur Pierre BOULLOCHE.
(Bibliothèque Charcot-Debove.)

« Cet ouvrage, dit M. Boulloche, est consacré à l'étude des inflammations de l'arrière-gorge, dans lesquelles il y a production de fausses membranes. » L'étude des angines pseudo-membraneuses a été poursuivie avec ardeur dans ces dernières années, surtout depuis la découverte du bacille de la diphtérie; les résultats obtenus sont des plus importants.

Tandis, en effet, que la plus grande confusion régnait, il n'y a pas encore très longtemps, sur ce groupe des angines à fausses membranes, la bactériologie a apporté sur cette question de la lumière et de l'ordre. Ce qui ressort tout d'abord des recherches récentes, c'est que, par elle-même, la fausse membrane n'est rien; c'est l'agent de sa production qui est tout. Il n'y a pas de différences anatomo-pathologiques entre une fausse membrane diphtérique et la fausse membrane d'une autre angine quelconque, l'angine herpétique par exemple. Quant à la clinique, nos maîtres eux-mêmes dénoncent son impuissance à nous donner, dans bien des cas, une certitude absolue sur la nature d'une angine pseudo-membraneuse.

Grâce à la bactériologie, nous savons aujourd'hui distinguer une angine diphtérique d'une angine non diphtérique. M. Boulloche a très clairement résumé la technique des préparations et des cultures du bacille de Klebs-Loeffler. Cette technique est, somme toute, assez simple et aucun médecin ne devrait négliger, dans les cas douteux, ce précieux moyen d'arriver à une certitude.

Ce n'est pas tout : l'examen bactériologique a élucidé encore la question si obscure des angines pseudo-membraneuses secondaires, et au premier rang, celles de la scarlatine. Enfin les recherches de Fraenkel, Escherisch, Roux et Yersin, Baginsky, Netter, Ménétrier, Martin, etc., etc., ont montré que plusieurs microbes pathogènes sont capables de produire des fausses membranes (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques), qui ne diffèrent pas par leur structure, ni très souvent par leur aspect, des fausses membranes diphtériques.

Bien que quelques angines restent encore inconnues dans leur cause essentielle et dans leur nature (telle, par exemple, l'angine herpétique), on peut néanmoins concevoir une classification logique des affections pseudo-membraneuses de la gorge, d'après le micro-organisme qui les produit.

On trouvera, dans le livre de M. Boulloche, un exposé très clair de tous ces travaux. La partie clinique n'y est pas non plus négligée; elle constitue la première partie de l'ouvrage. La deuxième est consacrée à l'étude de la fausse membrane; la troisième, à la bactériologie des angines pseudo-membraneuses; enfin, le diagnostic et le traitement font l'objet des deux derniers chapitres.

Ce petit livre vient juste à point, au moment où nos livres classiques commençaient à vieillir; il est certainement appelé à rendre de réels services.

FORMULAIRE

POUDRE A PRISER CONTRE LE CORIZA AIGU

Salol	10	grammes.
Acide salicylique	2	—
Tannin	1	—
Acide borique	40	—

Prendre une prise toutes les heures. (*Prov. med.*, *Med. Bul.*, février 1893; *D. med. Wchnschrft.*, 1893, n° 13, p. 315, nouveaux remèdes, n° 10.)

COURRIER

Mardi, 30 mai, a eu lieu, à Cochin, l'inauguration des pavillons Pasteur et Lister, qui constituent les nouveaux services de femmes de MM. Schwartz et Quénu. M. Pasteur avait bien voulu honorer de sa présence la prise de possession de ces nouvelles salles de chirurgie, qui sont des modèles d'installation tant au point de vue de la disposition des amphithéâtres d'opérations que de l'agencement des locaux.

MM. Terrier, Labbé, Bouilly, Périer, Routier, Gérard, Marchant et bien d'autres chirurgiens des hôpitaux étaient présents dans le nombreux public médical qui entourait MM. Pasteur et Brouardel, ainsi que les deux chefs de service. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, M. Derouin, son secrétaire général, et beaucoup de membres de leur personnel, assistaient aussi à cette petite fête fort bien réussie du reste.

Académie royale de Belgique. — *Programme des concours.* — Déterminer par des recherches nouvelles les proportions d'alcaloïdes ou de glucosides contenues dans les préparations galéniques de la pharmacopée belge. Prix : 500 francs. Clôture du concours : 1er février 1894. — Etude des causes et de la prophylaxie de la mortalité infantile déterminée en Belgique par les affections des voies digestives. Prix : 600 francs. Clôture du concours : 15 janvier 1895. — Faire l'étude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. — Prix : 600 francs. Clôture du concours : 15 février 1895. — Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. Prix : 4,000 francs. Clôture du concours : 1er février 1894. Des encouragements, de 300 à 1,000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 4,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Prix fondé par le Dr Costa Alvarenga. — Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques. « Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. » Prix : 750 fr. Clôture du concours : 1er février 1894.

L'hygiène coloniale. — Le concours institué par la Société française d'Hygiène coloniale pour l'année 1892 : *L'Hygiène coloniale*, a été des plus brillants par le nombre des mémoires envoyés au jury d'examen, par l'exposition méthodique et la parfaite connaissance du sujet.

Nous sommes heureux de pouvoir donner dès aujourd'hui le nom des lauréats :

Médailles de vermeil (ex æquo)

M. le docteur Charles Simon, médecin de 1re classe de la marine, au Tonkin; M. Edouard-Georges Henri, agrégé de l'Université, professeur de sciences naturelles et d'hygiène au lycée de Lorient.

Médailles d'argent

M. le docteur Chevalier, médecin de 1re classe de la marine à Rochefort; M. Hippolyte Goudal, pharmacien, à la Ferté-Milon (Aisne); M. le docteur Coindreau, médecin-major à la Roche-sur-You (Vendée).

Médailles de bronze

M. le docteur Navarre, à Lyon; M. le docteur Fernand Roux, ancien médecin de la marine, à Paris; M. le docteur Roblot, à Charenton (Seine); M. le docteur Fernando Leal de Siera, à Villa-Verde (Espagne).

Concours du Bureau central (chirurgie). — Les deux questions données à l'épreuve orale d'admission ont été les suivantes : Epanchements traumatiques sanguins intra-craniens. — Diagnostic et traitement du cancer de la langue.

Les sujets restés dans l'urne étaient les suivants : Ruptures traumatiques de l'intestin; luxation du pouce; des tumeurs pulsatiles de l'orbite; plaies pénétrantes de l'abdomen.

Concours de prosectorat. — La question posée était la suivante : Anatomie descriptive de la moelle; des actions reflexes. — Du spina lifida.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Un concours, auquel ne pourront prendre part que les médecins de 1re classe, sera ouvert à Rochefort, le 31 juillet prochain, pour l'emploi de professeur-répétiteur de pathologie interne et thérapeutique, à l'Ecole principale du service de santé de la marine, à Bordeaux, en vue du remplacement de M. le médecin principal Vergniaud, qui a demandé à être relevé de ses fonctions.

— La visite médicale des candidats à l'Ecole navale sera effectuée, à Paris, par deux commissions, le 31 mai.

La première commission, présidée par M. le capitaine de vaisseau Le Gorrec, président de la commission d'admission à l'Ecole navale, sera composée de MM. Rouvier et Bonnafy, médecins en chef, et François, lieutenant de vaisseau.

La deuxième commission, présidée par M. le capitaine de vaisseau Touchard, sera composée de MM. Doué, pharmacien en chef, Nègre, médecin principal, et Tessier, lieutenant de vaisseau.

Cette visite aura lieu dans les locaux du Conseil supérieur de santé de la marine.

— Désormais, les demandes de bourse et de trousseau formulées par les familles des élèves du service de santé de la marine seront transmises au ministre de la marine par les préfets des départements, le 1er septembre au lieu du 1er août.

— MM. le médecin principal Drago, du port de Cherbourg; le médecin de 1re classe Pungier, du port de Brest; le médecin de 2e classe Duclot, du port de Rochefort, sont désignés pour embarquer sur l'affrété partant de Toulon, le 15 juin, pour l'Indo-Chine.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Un nouvel antiseptique : L'aldéhyde formique,

par M. VALUDE

Ce qui fait le défaut de la plupart des conclusions que nous prenons vis-à-vis des substances antiseptiques, c'est que nous voulons les comparer entre elles, alors que leur action s'exerce d'une façon souvent très différente. Pour prendre un exemple, le sublimé, qui est l'agent antiseptique par excellence, est cependant à un certain point de vue inférieur aux dérivés de l'aniline quand il s'agit d'agir par diffusibilité. Au point de vue antiseptique pur, le sublimé est certes de beaucoup supérieur aux couleurs d'aniline, ainsi que nous l'avons démontré (Valude et Vignal, *Arch. d'opht.*, sept.-oct. 1890), mais il doit leur céder le pas en quelques circonstances, étant doué d'une diffusibilité presque nulle.

On tomberait donc dans une erreur si on voulait apprécier comparativement la puissance antiseptique de ces deux substances, et si on omettait d'indiquer à propos de quel mode d'action la comparaison a été établie.

Une substance antiseptique peut agir principalement de deux manières et qu'il ne faut pas confondre : par une action microbicide, antiseptique proprement dite, et dont le résultat est de détruire les microbes existants ; par une action stérilisatrice, aseptique à proprement parler, et qui ne permet plus à la germination microbienne de se faire au point où elle a porté. Ces deux propriétés ne coïncident pas toujours, comme on pourrait le croire.

Jusqu'ici on s'est attaché surtout en clinique à rechercher et obtenir l'action antiseptique, microbicide, dont l'agent par excellence se trouve être le sublimé. On s'est peu préoccupé de la seconde, et il nous a semblé qu'il y avait de ce côté beaucoup de choses à faire.

Depuis quelques mois, avec l'aide de notre chef de laboratoire, M. le docteur Dubief, qui nous en a suggéré l'idée, nous avons étudié une substance très intéressante par ses propriétés aseptiques, l'aldéhyde formique.

L'aldéhyde formique (CH^2O) peut être considéré comme de l'acide formique avec un équivalent d'eau en moins ; il s'obtient en pulvérisant de l'alcool méthylique sur du charbon de cornue porté au rouge et est, en somme, facile à préparer.

Il se présente sous l'aspect d'un liquide incolore très mobile, dégageant à l'état pur une odeur d'acide formique qui devient une très légère odeur empyreumatique lorsqu'il est dilué dans l'eau, dans laquelle il se mêle très facilement, en étant très avide.

Cette circonstance assure à l'aldéhyde formique un caractère de très grande diffusibilité, qui déjà nous le rend intéressant à cette heure où cette propriété est si recherchée dans les antiseptiques.

De plus, il ne coagule pas l'albumine, autre gros avantage, en particulier, sur le sublimé.

L'aldéhyde formique n'est pour ainsi dire pas toxique; on a pu, par essai, en boire une certaine quantité sans nul inconvénient. Son coefficient de toxicité exprimé en chiffres est de 0 gr. 4 ou 0 gr. 5 par kilogramme de lapin, recherché à l'aide d'injections sous-cutanées.

Cette substance, malgré ses propriétés volatiles, comme tous les alcools, reste indéfiniment sans s'altérer, à la lumière, dans un flacon bien bouché. Dans un flacon ouvert et servant à des usages journaliers, l'aldéhide formique persiste jusqu'au bout de son usage avec ses mêmes propriétés; nous en avons fait l'expérience. Dans ces conditions, il ne subit pas d'altération chimique, mais il émet des vapeurs, ce qui diminue le titre de la solution.

Son action antiseptique a déjà été étudiée par Trillat (*Bull. de l'Acad. des sciences,* 1892), par Jean (*Journal d'hygiène,* 1892) et par Berlioz (de Grenoble) (*Moniteur scientifique de Quesneville*, 1892), qui tous sont arrivés aux mêmes résultats que le docteur Dubief au laboratoire de la clinique des Quinze-Vingts. Cette action est trss remarquable. Pour en donner une idée, je rappellerai le fait cité par Duclaux (*Annales de l'Institut Pasteur,* septembre 1892), qui, lui aussi, a publié récemment une étude sur cette substance, ou plutôt sur l'acide formique, mais l'action antiseptique des deux substances est la même. Duclaux rapporte donc le fait suivant, qui a servi de point de départ à ses recherches : Un liquide Raulin, c'est-à-dire ensemencé d'Aspergillus Niger, était resté dans un coin du laboratoire pendant vingt ans, sans s'altérer, conservé dans un ballon à deux tubulures, dont l'une, effilée, était ouverte. Ce liquide, examiné, contenait, par litre, une proportion de 0 gr. 9 d'acide formique qui avait pris naissance sous l'action combinée de la lumière et de l'oxygène de l'air. Frappé de ce pouvoir aseptique, si puissant et si prolongé, M. Duclaux et son élève Pottevin ont cherché les qualités aseptiques de l'acide formique et les ont trouvées très considérables.

Par exemple, dans un litre de bouillon de viande, il suffit de 16 milligrammes d'aldéhyde formique pour *empêcher la culture de microbes*, alors qu'il faut 40 milligrammes de sublimé pour obtenir le même résultat. A ce point de vue, *au point de vue de la stérilisation du liquide de culture*, l'aldéhyde formique est donc deux fois supérieur au sublimé.

L'aldéhyde formique est antiseptique en vapeurs, et l'expérience suivante surtout est suggestive au point de vue des conséquences cliniques. On introduit sous une cloche un fragment de viande, puis un petit verre contenant de l'aldéhyde formique. L'existence des vapeurs d'aldéhyde sous la cloche suffit à empêcher la viande pendant plusieurs semaines de s'altérer. On obtient le même résultat par l'immersion dans une solution à 1/500.

Ce qui est particulier et ce qui nous intéresse le plus, c'est que, suivant ce qu'a relevé également Duclaux avec étonnement, cette substance est surtout aseptique et beaucoup moins microbicide que sa puissance aseptique n'aurait pu le faire supposer. Ainsi, il en faut une très minime quantité pour empêcher, et indéfiniment, le développement d'une culture, et beaucoup plus pour l'arrêter lorsque le développement a commencé.

Dans un litre de bouillon de culture, il faut deux fois moins d'aldéhyde formique que de sublimé pour qu'aucun microbe ne puisse s'y développer, et si au contraire ou veut tuer des microbes existants et arrêter une culture

en marche, il faudrait beaucoup plus d'aldéhyde formique que de sublimé.

Les deux propriétés ne sont pas similaires.

Le sublimé est un agent microbicide, d'action immédiate et puissante, les microbes d'une culture sont tués aussitôt par lui et à une dose très faible. Mais son effet cesse presque en même temps qu'il se produit, et l'instant d'après de nouveaux microbes introduits se mettront à pulluler. Chacun sait que les solutions de sublimé qu'on conserve longtemps ne sont pas toujours indemnes de cultures microbiennes.

L'aldéhyde formique, au contraire, stérilisera moins vigoureusement le liquide de culture, mais la stérilisation une fois obtenue aura la propriété de se maintenir presque indéfiniment; les inoculations y demeureront stériles.

Ces résultats d'expériences de laboratoire m'avaient beaucoup frappé. Il est évident que jusqu'ici, en clinique, nous nous étions surtout attachés à la destruction immédiate des microorganismes répandus à la surface de l'œil ou dans les voies lacrymales, et à ce point de vue, on n'a pas encore trouvé mieux que le sublimé. Mais à côté de cette destruction microbienne, sinon à sa place, ne serait-il pas à propos de chercher à obtenir une stérilisation du milieu de culture, de la surface conjonctivale, telle que le développement de nouveaux microbes ne puisse s'y faire? M. Gayet, d'autres après lui, et nous-mêmes, nous avons reconnu qu'après un soigneux nettoyage au sublimé, dès le lendemain une nouvelle pullulation microbienne se faisait presque toujours, mais ici le sublimé ne peut se montrer qu'un agent défectueux, car son action est trop passagère et trop superficielle.

Nous avons donc essayé d'obtenir une stérilisation prolongée de la cavité oculaire avec l'aldéhyde formique.

Sur des malades de notre clinique devant être opérés de la cataracte, nous avons pratiqué, la veille, sur l'un des yeux, la désinfection à l'aide du sublimé à 1/2000, sur l'autre, avec l'aldéhyde formique à même dose. Le nettoyage a été identique, naturellement, et comme nous le pratiquons d'habitude, à savoir : nettoyage prolongé de la peau des paupières, de la masse des sourcils et surtout des bords palpébraux; lavage des paupières entre-bâillées; nettoyage des culs-de-sacs et surtout des replis de la caroncule avec une boulette de coton imbibée du liquide antiseptique. Les deux yeux sont fermés par un pansement imbibé de solution à l'aldéhyde ou au sublimé, suivant l'œil. Le lendemain, au moment de l'opération et à la levée de l'appareil, M. Dubief a recueilli dans des tubes à culture le contenu du sac conjonctival. Voici le résumé de ces recherches : Sur 16 tubes ensemencés avec les produits conjonctivaux des yeux traités par l'aldéhyde formique, 2 seulement ont cultivé, 14 sont restés stériles. Avec le sublimé, au contraire, nous avons obtenu une proportion de tubes ayant cultivé, aussi forte que de tubes stériles.

L'effet de l'aldéhyde formique comme substance stérilisatrice paraît donc beaucoup plus puissant que celui du sublimé, ce qui ne nous étonne pas, en raison des propriétés respectives de ces eux corps chimiques.

Nous pensons donc qu'on pourra tenter d'obtenir soit avec l'aldéhyde formique, soit avec tout autre substance douée de propriétés plus stérilisatrices que microbicides, une antisepsie préopératoire préférable à celle que donne le sublimé.

Lorsqu'il s'agit d'infection établie à combattre, de suppuration en période d'état ou en voie de progression, on pourra penser au contraire à s'adresser plutôt a un agent microbide tel que le sublimé.

Et cependant? Connaît-on, en effet, positivement l'action des antiseptiques sur les processus infectieux? Pourrait-on affirmer que l'antiseptique agit en tuant les microbes existants déjà, plutôt qu'en empêchant de nouvelles colonies plus jeunes et moins résistantes de se former? Sait-on si les désordres qui résultent de l'infection, quelle qu'elle soit, ne proviennent pas surtout d'une pullulation nouvelle et constante de microorganismes, de telle sorte qu'il serait plus favorable au point de vue thérapeutique d'enrayer le développement microbien futur que de détruire les microbes déjà en activité?

C'est la solution de questions de ce genre qui permettra, croyons-nous, de poser définitivement la technique de l'emploi des antiseptiques, laquelle manque absolument. On en arrivera, nous l'espérons, à établir en un formulaire précis, un plan de campagne où chaque détail de la bataille qui doit être engagée entre les antiseptiques et l'infection à combattre sera réglé absolument et nettement Chacun doit s'efforcer de son côté pour arriver à éclairer cette question, et beaucoup y travaillent, mais la lumière n'est pas encore, et il s'en faut, complète.

Quoi qu'il en soit, nous avons voulu voir si la stérilisation du milieu de culture conjonctival, en vue d'une pullulation successive, valait mieux, au point de vue du résultat, que la destruction plus complète, mais temporaire, des microorganismes infectieux. Nous avons appliqué aux infections oculaires l'aldéhyde qui assure une stérilisation véritablement efficace des milieux conjonctivaux.

Dans quatre ou cinq cas, où, après l'extraction de la cataracte, nous avions observé au troisième jour les prémices d'une infection, qui au moins deux fois semblait devoir être violente (chémosis marqué, trouble général du contenu de la chambre antérieure, aspect jaunâtre de la plaie, etc., une fois même il y avait un peu de pus déjà formé dans la chambre antérieure), nous avons soumis l'œil malade à des instillations répétées six fois par jour d'une solution d'aldéhyde à 1 p. 100. A ce titre, l'aldéhyde offre une puissance antiseptique d'une énergie extrême.

Disons en passant que les solutions d'aldéhyde formique n'entraînent aucune irritation consécutive de l'œil, pas de mortification cellulaire comme le sublimé. L'œil devient instantanément rose au niveau du limbe, puis tout s'efface en quelques minutes. Au point de vue de la sensation, elle est certainement très cuisante avec les solutions fortes, mais pas plus que ne ferait le feu appliqué dans le cas d'infection opératoire ou le nitrate d'argent dans les conjonctivites, ou même le sublimé si on pouvait l'employer à cette dose si forte; cette sensation disparaît très vite et donne l'impression d'une goutte d'alcool entrée par mégarde dans l'œil. A la solution à 1 p. 1000 et surtout à 1 p. 2000 elle est tout à fait légère.

Chez nos malades, donc, l'instillation répétée de la solution très énergique à 1 p. 100 fit disparaître en quarante-huit heures tous les phénomènes infectieux, même dans le cas où la panophtalmie semblait déjà très avancée.

J'ai l'habitude de combattre énergiquement les conclusions trop hâtives et celles qu'on prétend tirer d'un ou deux cas heureux; je considère cette

tournure d'esprit comme nécessaire à ceux qui ne cherchent que la progression réelle de la science, et je ne viens donc pas vous proposer l'emploi de l'aldéhyde formique comme un moyen de combattre la panophtalmie; je pense cependant que ces résultats sont intéressants au point de vue de la question qui m'occupe surtout, à savoir l'intérêt qu'il y a plutôt à stériliser l'organe qu'à détruire les microbes d'une évolution déjà achevée.

A côté de l'infection oculaire post-opératoire, j'ai traité par le même moyen des infections conjonctivales ordinaires, des conjonctivites.

J'avais dans ma clientèle une jeune femme, d'un état général mauvais à la vérité, affectée depuis plus d'une année d'une conjonctivite purulente non granuleuse, rebelle à tous les traitements. La suppuration était toujours abondante, et ni les caustiques, ni les antiseptiques, ni les émollients employés, en désespoir de cause, n'avaient pu en venir à bout.

L'instillation répétée d'aldéhyde formique à 1 p. 200 fit tarir la sécrétion et jamais les lavages, même fréquents, au sublimé n'avaient fait autre chose que l'exaspérer.

J'eus le même résultat chez un enfant de la clinique d'accouchement du professeur Tarnier, atteint d'une suite prolongée d'ophtalmie avec suppuration abondante et incoercible.

Ce succès m'induisit à essayer l'aldéhyde à toutes les périodes de l'ophtalmie des nouveau-nés et chez les enfants de la clinique. On traita, sur mes indications, un des yeux avec le nitrate d'argent comme d'habitude et l'autre avec l'aldéhyde. Il semble que le pus ait une tendance à disparaître plus vite du côté où les seules instillations d'aldéhyde ont été faites.

Encore une fois, il ne s'agit pas encore de proposer un traitement nouveau de l'ophtalmie des nouveau-nés, mais d'apporter des faits pouvant servir à interpréter l'action des antiseptiques sur la conjonctive enflammée.

J'en dirai autant du fait suivant et dernier, très topique : Il s'agissait d'un homme atteint d'une dacryocystite à suppuration franche, abondante, et porteur d'une cataracte. Pendant quelques semaines, je m'attachai à tarir la sécrétion lacrymale, et après y avoir réussi, je pratiquai l'extraction du cristallin en totalité avec la curette, car il s'agissait d'une cataracte adhérente. Je saupoudrai la plaie d'iodoforme, et, le quatrième jour, j'eus le plaisir de trouver ma plaie en parfait état. Cette situation me causait d'autant plus de joie que la suppuration du sac, sous le bandeau, était revenue avec son abondance première. Comme je terminais le nettoyage de l œil, mon malade, d'un mouvement un peu brusque, rompit la réunion de sa plaie, et je me pris à redouter à nouveau et encore davantage l'infection, avec une plaie ouverte dans une conjonctive baignée de pus. Je décidai de lui instiller et plusieurs fois par jour des gouttes d'aldéhyde formique à 1 p. 100. La plaie — est-ce par ce moyen? — fut préservée de l'infection et la guérison se fit normalement, ce qui était d'autant plus nécessaire que le malade opéré autrefois et en dehors des Quinze-Vingts, de l'autre œil, avait perdu celui-ci par un véritable phlegmon.

Ce qui est important dans cette observation est la constatation qui a été faite par Dubief que le pus, si crémeux, si abondant, de la dacryocystite ne contenait, après l'instillation du collyre à l'aldéhyde, que quelques staphylocoques blancs sans virulence, qui n'ont donné qu'un développement très

pauvre en culture, alors qu'auparavant ce pus offrait la virulence ordinaire aux dacryocystites.

En résumé, en publiant ces recherches, j'ai voulu principalement attirer l'attention sur un mode spécial d'action des antiseptiques qui me paraît devoir être étudiée et qu'il faudrait connaître pour manier en toute connaissance de cause les substances antiseptiques qui sont entre nos mains.

Cependant, je ne puis pas me priver, à propos de l'aldéhyde formique, d'être affirmatif sur un point qui a bien son importance, je veux parler de l'asepsie des collyres. La propriété si absolument établie de cette substance de maintenir indéfiniment la stérilisation d'un liquide qui en renferme une très petite proportion ne pouvait pas ne pas nous y faire songer.

Or, l'aldéhyde formique ne précipite pas les alcaloïdes (atropine, éserine, cocaïne) comme le sublimé. Des collyres ont été conservés à la lumière, sans fermeture particulière pendant plus d'un mois sans la moindre altération. La question de l'asepsie des collyres me paraît donc résolue de la façon la plus simple.

Je sais bien qu'on peut avoir le même résultat en se procurant auprès de maisons spéciales des ampoules scellées à la lampe et destinées à servir une fois. Mais personne ne niera qu'il ne soit plus aisé et plus pratique dans une clinique un peu occupée ou encore dans une ville éloignée de Paris, et même partout, d'aseptiser ses collyres avec quelques gouttes d'une substance prise à la pharmacie la plus voisine.

Enfin, en employant l'aldéhyde formique à une dose très microbicide, à 1 p. 500 par exemple, on peut l'utiliser comme liquide de bain instrumental. Ce liquide, comme l'alcool du reste dont il a les propriétés, n'attaque aucun métal, ni l'acier, ni l'argent ou l'aluminium, comme le cyanure de mercure; cet inconvénient du cyanure n'est pas négligeable, aujourd'hui où certains font usage d'instruments à manche d'aluminium.

REVUE DE LA PRESSE ANGLAISE

—

CHIRURGIE

Sous le titre d'**une méthode simple de pratiquer la cystostomie sus-pubienne**, Lawson Tait nous décrit sa pratique dans le numéro 3,639 de la *Lancet* du 27 mai 1893.

Cette opération sûre et bien réglée a pris pour lui la place de toutes les interventions pratiquées par le périnée pour extraire les calculs de la vessie chez l'homme. Autrefois, il ne se permettait pas d'opérer la pierre et laissait cette pratique entre les mains des chirurgiens spécialisés ; mais la nouvelle méthode avec son voisinage du péritoine, le mettant beaucoup plus à l'aise, il a trouvé qu'il pourrait la faire aussi bien que les autres et a même essayé de la simplifier ; d'autant que sa première intervention dut être faite avec les instruments ordinaires de laparotomie et sans manœuvres spéciales. Il s'en est si bien trouvé qu'il a continué depuis et avec succès dans huit cas de taille sus-pubienne pour calculs de la vessie.

Voici la manière de procéder du chirurgien anglais :

Tout d'abord il n'use jamais de moyens préparatoires ni de précautions inutiles pour lui. Il ne distend pas le rectum et ne dilate pas la vessie. Placé à la gauche du malade, il fait une incision de deux pouces et demi immédiatement au-dessus de l'arcade bubienne et découvre le tendon du droit, du premier coup. Ce tendon est alors

coupé transversalement et l'index de la main gauche est introduit entre le réservoir urinaire et le pubis. Une pince forceps de Kœberlé est glissée sur ce doigt et écarte *gentiment* les tissus jusqu'à ce que ses mors tombent sur le mur vésical qui est reconnu à sa consistance et à sa résistance particulières. La pince est alors fixée, une autre pince est placée à une petite distance et ces deux pinces sont confiées à l'assistant comme dans une section abdominale. L'incision de la vessie est immédiatement faite et rendue évidente par la sortie du liquide urinaire et par l'introduction du doigt qui y pénètre. Ce dernier va à la recherche de la pierre et guide les tonnettes dans lesquelles il pousse le calcul qui est de cette façon facilement saisi et extrait.

L'opération est ainsi terminée. Lawson Tait, dans le cas qu'il cite, s'est toujours servi d'un tube de verre pour faire le drainage vésical ; mais à l'heure qu'il est, il estime que c'est une précaution inutile et qu'il suffit de refermer immédiatement la vessie à l'aide de point de sutures bien faits.

La facilité avec laquelle on peut ainsi saisir la vessie et la sectionner est si grande que L. Tait n'hésite pas à la recommander. Il faut seulement, ajoute-t-il, prendre la précaution de ne pas trop tirailler la vessie et faire l'ouverture de ce réservoir dans un point où on ne soit pas exposé à rencontrer les rameaux du plexus prostatique.

Une observation d'épilepsie focale. — Trépanation. — Excision du foyer après localisation par l'excitation électrique. — Amélioration. — C'est le professeur Rushton Parker qui dans le *British médical journal* du 20 mai 1893 rapporte la curieuse observation d'un jeune garçon de 9 ans qui sans antécédents morbides fut atteint d'accidents épileptiformes, trois semaines après une chute faite en jouant. Ce fut la main gauche qui fut atteinte de tremblements sur l'avant-bras, enfin le bras et plus tard il se produisit des symptômes oculaires. Tous ces symptômes se manifestaient sous forme d'attaques et ces attaques devinrent si fréquentes qu'on ne put laisser le malade quitter la maison sans être accompagné. Au bout de quelque temps les convulsions épileptiformes se manifestèrent à ce point qu'il était impossible de dire si c'était par l'épaule, l'avant-bras, le bras ou le pouce que commençait l'attaque. L'opération de la trépanation fut pratiquée un ans après l'entrée du malade à l'infirmerie royale de Liverpool.

La couronne fut placée d'après les indications posées par Howley (in Cunningham's ro yal irish academy, 1892) sur les centres moteurs du pouce et du poignet. La dure-mère fut incisée et le sillon de Rolando apparut nettement. La stimulation électrique de l'écorce cérébrale, en un point réveilla les mouvements du pouce et portée dans une partie adjacente détermina les mouvements du poignet. Cette surface ainsi localisée fut enlevée après incision de la pie-mère et ligature d'un vaisseau important, on ne se servit que d'eau bouillie tant que l'électricité fut employée et les excitations électriques terminées, d'une solution de sublimé à 1 pour 10,000. La dure-mère fut suturée à la soie, la rondelle osseuse replacée et l'aponévrose et la peau du crâne recousues. La guérison de la plaie se produisit rapidement et sans accidents.

Le Dr Francis Gotch professeur de physiologie au même collège fait suivre cette intéressante observation de remarques que nous ne pouvons malheureusement pas donner toutes, à cause de leur étendue ; mais qui portent sur trois points :

D'abord sur les caractères des convulsions épileptiformes qui se manifestaient sur le pouce, le bras et l'épaule gauche et qui se terminaient par des mouvements de la tête et des yeux du côté droit ; ensuite sur les phénomènes d'excitation du point de l'écorce cérébrale incriminée. Cette excitation fut faite à l'aide de courants faradiques traversant les tissus pendant environ 5 secondes. Ces courants, pour donner un résultat, durent être poussés jusqu'à une assez grande intensité.

Enfin, cette curieuse observation se termine par l'analyse des résultats de l'intervention. Elle produisit premièrement une perte temporaire des mouvements volontaires dans la main gauche et une maladresse considérable dans les mouvements d'extension du pouce en même temps qu'une diminution marquée dans le nombre des attaques. On constata deuxièmement une rapide réapparition (une semaine à 10 jours) de tous ces mouvements supprimés temporairement; mais, il faut le dire, coïncidant avec cette restitution, se manifesta aussi un renouvellement des attaques à de plus courts intervalles.

Comme on le voit, c'est là une intervention raisonnée pratiquée avec un plein succès et qui a donné, après tout, une amélioration, il est vrai ; mais légère. Ce qui prouve combien on est peu fixé sur les causes et les lieux de production des phénomènes de l'épilepsie essentielle.

THÉRAPEUTIQUE FORMULÉE

A côté du formulaire qui fait connaître au praticien la dose et la manière de prescrire un nouveau médicament, il est utile de montrer la pratique de certains médecins dans des maladies données et de rapprocher les médications thérapeutiques des formules à employer, c'est ce que nous allons faire. (1).

De la conduite thérapeutique à tenir dans un cas de cancer de l'estomac. — M. Peter divise cliniquement cette affection en cancer *latent*, cancer *obscur* et cancer *évident*, division qui montre bien les difficultés du diagnostic. Quant au traitement médical il est, cela va sans dire, seulement palliatif.

Comme *régime* : le lait ; et, si ce liquide est mal toléré, le kéfir. Plus tard, en dernière ressource, les lavements alimentaires à la peptone.

Contre la *douleur*, et pour modérer l'évolution de la maladie, M. Péter conseille la *révulsion* sous la forme, préférée par lui, d'un cautère, par la répétition hebdomadaire de pointes de feu ou l'application d'un vésicatoire mesurant cinq centimètres de côté. Il conseille aussi l'opium à l'intérieur.

L'*inappétence* et la *constipation* motivent l'emploi des amers associés, contre les symptômes douloureux, avec la teinture d'opinm. Voici la préparation, au reste classique, usitée dans son service :

Teinture de badiane	ââ 4 grammes
Teinture de rhubarbe	
Teinture de noix vomique	2 —

Dose : dix à vingt gouttes avant les repas.

La lenteur des *digestions* et la *gastralgie* sont en rapport avec l'hypochlorhydrie. Il y a des cancéreux hypochlorhydriques ou achlorhydriques : leur prescrire avant chaque repas une à trois cuillerées à café de la potion suivante :

Sirop de limons.	60 grammes
Acide chlorhydrique . . .	X gouttes

Il y a des cancéreux hypopeptiques et hyperchlorhydriques; à ceux-là, qui sont nombreux : le bicarbonate de soude.

Traitement d'une crise de colique hépatique ? — M. Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier, est partisan de l'administration de l'huile d'olive dans les cas aigus et subaigus.

Colique hépatique aiguë. D'abord calmer la douleur.

(1) Nous extrayons ces passages de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, numéros du 26 avril, du 17 et du 31 mai.

1° Un bain tiède d'une heure à une heure et demie.

2° Toutes les heures ou toutes les demi-heures : administrer une grande cuillerée de la potion suivante :

Eau chloroformée saturée. . .	150	cent. cubes
Eau de tilleul	100	—
Sirop de fleurs d'oranger . . .	50	—

En cas d'intolérance stomacale : une injection de morphine.

3° Comme alimentation, lait froid glacé ou bouillon glacé.

4° Quand la crise douloureuse est moins violente et l'estomac tolérant, faire ingérer par petites quantités de quart d'heure en quart d'heure 200 cent. cubes d'huile d'olives, aromatisée avec l'essence de menthe.

5° Prescrire un lavement avec l'infusion de 8 grammes de follicules de séné et 15 grammes de sulfate de soude.

Colique hépatique subaiguë. Celle-ci se prolonge. C'est le moment d'essayer le boldo.

1° Tous les matins, ingérer un verre à Bordeaux d'huile d'olives aromatisée.

2° Tous les soirs un bain tiède.

3° Prendre dans la journée quatre doses de quatre à dix gouttes de teinture de boldo.

4° Matin et soir, donner une pilule laxative ainsi composée :

Extrait de belladone........................	ãã. 10 centigrammes.
Evonymin....................................	
Belladone pulvérisée........................	

M. Grasset remplace, au besoin, l'évonymin par le podophyllin.

5° Régime : toutes les deux heures une tasse de lait additionnée avec une ou deux cuillerées d'eau de Vichy.

M. Grasset conseille d'additionner l'eau de Vichy de 15 grammes de sulfate de soude par litre. On obtient ainsi des effets suffisamment laxatifs.

Traitement externe de la diphtérie. — M. J. Simon a toujours insisté dans son enseignement clinique sur ce fait d'observation que le succès du traitement externe de la diphtérie dépend plus de la ténacité à l'appliquer que de la nature du remède employé contre elle.

Voici la technique qu'il recommande, soit en ville, soit à l'hôpital.

1° *Nettoyage de la surface malade :* Comme instrumentation, choisir deux pinces à forcipressure ordinaires ; les garnir de tampons d'ouate hydrophile. On stérilise pinces et tampons par l'immersion dans l'eau bouillante.

Ces nettoyages sont pratiqués en introduisant dans la cavité buccale les deux pinces et en les croisant par une manœuvre qu'un peu de dextérité suffit pour acquérir.

Comme *topiques* choisir d'abord le jus de citron, l'acide citrique en solution à 4 p. 100, ou mieux encore

Acide salicylique..........................	1 gramme
Infusion d'eucalyptus......................	ãã 50 —
Glycérine..................................	
Alcool.....................................	q. s. pour dissoudre.

S'agit-il de fausses membranes épaisses et très adhérentes, employer le perchlorure de fer glycériné :

Glycérine..................................	ãã
Perchlorure de fer.........................	

On augmentera même la quantité de perchlorure de fer dans la proportion des deux tiers pour un tiers de glycérine.

Tannin.....................................	4 ou 6 grammes
Glycérine..................................	30 —

Cette médication tanique donne de bons résultats.

2° *Irrigations buccales* : on les pratique dans son service avec l'eau boriquée chez les petits enfants, avec l'eau phéniquée chez les plus grands.

3° *Irrigations nasales* : on emploiera, à cet effet, soit l'eau boriquée, soit le perchlorure de fer (une cuillerée à café pour un verre d'eau).

4° *Inhalations* : avec la vapeur procurée par une décoction de feuilles d'eucalyptus ou des pulvérisations d'eau thymolée.

M. J. Simon modifie le traitement contre certaines localisations diphtéritiques.

Contre les pseudo-membranes de l'*orifice des fosses nasales*, attouchements avec :

Perchlorure de fer .... }	ãã parties égales
Glycérine .... }	

et pansements avec la pommade soufrée à 4 p. 30.

Contre les *fissures des lèvres ou des gencives*, avec pseudo-membranes : attouchements avec le crayon de nitrate d'argent, caustique modifiant rapidement la surface de la plaie.

Enfin, à la *surface des ulcérations cutanées*, badigeonnages avec la teinture d'iode ou la solution alcoolique d'iodoforme. Ce sont, dans l'espèce, des topiques de choix.

Traitement d'une attaque de convulsions infantiles. — M. Jules Simon conseille d'adopter la conduite suivante :

1° Dégager le tube digestif, soit par un laxatif, soit par des titillations de la luette provocatrice de vomissements ;

2° Si l'attaque continue : inhalations d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir ;

3° Administrer par cuillerées dans les vingt-quatre heures et en lavements, à défaut de la voie buccale, la potion antispasmodique ainsi formulée :

Hydrate de chloral.................................... }	ãã 1 gramme
Bromure de potassium.............................. }	
Sirop de codéine......................................	X gouttes
Teinture de musc...................................... }	ãã X gouttes
Alcoolature de racine d'aconit.................. }	
Eau de fleurs d'oranger.............................	100 grammes.

4° Dans le cas d'une attaque grave et prolongée, bain tiède donné par le médecin et révulsion sur la nuque ou au besoin sur l'épigastre par un vésicatoire de petites dimensions et laissé en place trois heures seulement. Cette emplâtre doit être appliqué avec les précautions antiseptiques convenables et remplacé dès le début de la vésication par un cataplasme.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1893. — Présidence de M. Périer.

Sur un procédé opératoire applicable à la réparation de certaines pertes de substance de la voûte palatine

M. Quénu, revenant sur un malade qu'il a présenté récemment, désire ajouter quelques détails sur le procédé opératoire qu'il a employé, dans ce cas, pour réparer une perte de substance de la voûte palatine, consécutive à un coup de feu. C'est d'ailleurs un procédé dont il s'est servi avantageusement, en 1890, pour combler deux fistules du

sinus maxillaire, et qu'il a décrit à cette époque. Chez le malade qui a fait l'objet de la dernière présentation, il existait une large perte de substance de la partie latérale gauche de la voûte palatine, établissant une communication entre la fosse nasale correspondante et la cavité buccale. M. Quénu a fait sur la muqueuse palatine, à 1 centimètre environ de cette ouverture et du côté opposé à la lèvre, une incision courbe parallèle au bord interne de la perte de substance; il a circonscrit ainsi un lambeau palatin qu'il a décollé et rabattu de façon à opposer et à suturer sa face cruentée à la face cruentée d'un second lambeau pris sur la lèvre supérieure; l'adhérence a été parfaite et le résultat définitif excellent.

M. Delorme fait observer qu'il conseille ce procédé opératoire dans son *Traité de chirurgie de guerre*. En 1888, il a présenté un blessé chez lequel il avait réparé une perte de substance de la voûte palatine à l'aide d'un lambeau, à la fois cutané et muqueux, pris sur la lèvre supérieure.

De son côté, M. Berger rappelle qu'Israël a décrit des procédés semblables pour la réparation des pertes de substance de la voûte palatine.

Abouchement anormal de l'uretère

M. Bois (d'Aurillac) a observé en août dernier, chez une jeune mariée atteinte d'une incontinence d'urine invétérée, une ouverture anormale de l'uretère gauche dans l'épaisseur du bord gauche du méat urinaire; après avoir constaté l'indépendance absolue de cet uretère par rapport au réservoir vésical, il rétablit la communication entre ces deux organes en créant, à l'aide d'un ténotome introduit dans l'uretère, une boutonnière urétéro-vésicale. La malade étant devenue enceinte, M. Bois a dû ajourner la fermeture de l'orifice anormal.

Traitement de l'orteil en marteau

Chargé d'un rapport sur une observation de M. Godin, relative à une opération pratiquée pour un martellement du gros orteil, M. Chauvel fait d'abord observer la rareté de cette déformation pour le gros orteil, et décrit ensuite le procédé opératoire employé par M. Godin qui a fait l'opération conseillée par M. Terrier, en la modifiant légèrement. Le résultat a été si parfait que M. Chauvel se demande si l'on doit encore considérer l'orteil en marteau comme un titre d'exemption du service militaire, mais le malade avait aussi un deuxième orteil en marteau, et l'on peut regretter que l'on n'ait pas également corrigé cette déviation.

M. Reynier fait remarquer que les résultats analogues à celui que vient de rapporter M. Chauvel sont, aujourd'hui, obtenus couramment; il a, pour sa part, pratiqué quinze ou vingt fois, avec un égal succès, des résections pour orteil en marteau ou pour hallux valgus.

Examinant, d'après les moulages déposés par M. Godin à l'appui de sa communication, l'état du pied avant l'opération, M. Reclus se demande s'il s'agit vraiment d'un martellement, et non pas plutôt d'un de ces cas où il y a simplement rétraction des orteils et où il suffit de faire une ténotomie pour obtenir le redressement.

Il faut, en effet, distinguer, ajoute M. Kirmisson, les cas où il y a une simple rétraction des tendons extenseurs, dans lesquels il n'y a pas de maladie articulaire, et ceux où on a véritablement affaire à un orteil en marteau, caractérisé par la flexion angulaire d'une phalange sur l'autre, et dans lequel il s'agit bien au contraire d'une affection articulaire.

M. Monod pense, comme M. Reclus, que dans le cas rapporté par M. Chauvel, il semble qu'on ait plutôt affaire à ces orteils en griffe, dans lesquels l'extension de la première phalange et la flexion de la deuxième peuvent simuler pour le gros orteil un orteil en marteau.

Au point de vue de la pathogénie de l'orteil en marteau, M. Berger se demande si cette déformation n'est pas fréquemment associée au pied plat. Il a vu, en effet, deux enfants chez lesquels il y avait à la fois un pied plat et un orteil en marteau symétrique; celui-ci se laissait facilement redresser dès qu'on rétablissait la voûte plantaire. M. Berger s'est contenté de conseiller une semelle convexe en liège et a obtenu une réelle amélioration.

Présentation de malades

M. Delorme présente un malade atteint d'nne luxation du poignet en avant, datant de quatre années.

M. Lucas-Championnière montre un homme qu'il a trépané trois semaines auparavant, pour des troubles douloureux et vertigineux dûs à des lésions du cerveau d'origine traumatique; ces troubles ont aujourd'hui complètement disparus.

M. Bazy montre un volumineux calcul de l'urèthre.

COURRIER

Inauguration de la statue de Renaudot. — Dimanche prochain, 4 juin, à dix heures du matin, rue de Lutèce, aura lieu, sous la présidence de M. Charles Dupuy, président du Conseil des ministres, l'inauguration de la statue de Théophraste Renaudot, médecin de Louis XIII, qui, en dehors du journalisme, créa les consultations charitables et l'assistance publique à domicile. On nous informe que M. Brouardel prendra la parole au nom de la Faculté de médecine, M. Cadet de Gassicourt au nom de l'Association de la presse médicale française, M. le professeur Grasset au nom de l'Univervité de Montpellier.

Récompenses a des médecins. — L'administration centrale de l'Algérie a fait appel, il y a quelques années, aux médecins de colonisation, leur demandant d'étudier leur région au point de vue médical.

Cinquante-six médecins ont répondu à l'appel. Parmi ces cinquante-six, seize ont été distingués et ont reçu les primes ci-dessous indiquées.

Prix de 400 francs. — MM. Moret (Marengo), Prengrueber (Palestro), Festy (Haut-Sebaou).

Prix de 200 francs. — MM. Destival (Sidi-Chami), Ravel (Sainte-Barbe-de-Tlélat), Crozes (Aïn-Beïda), Ricau (Condé), Labrousse (Guelma).

Prix de 100 francs. — MM. Péretti (Cassaigne), Sabre Filhoulaud (Mascara), Monferran (Laverdure), Corcellet (Hammam-bou-Hadjar), Guers (Mouzaïaville), Merveilleux-Duvignau (Nédroma), Barbé (Bouïra), Duzan (Saint-Leu).

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

BULLETIN

—

Théophraste Renaudot

L'inauguration de la statue de Théophraste Renaudot a eu lieu ce matin à dix heures, rue de Lutèce, par un temps splendide.

Renaudot nous appartient à un double titre : comme médecin et comme fondateur du journalisme, aussi nous sommes-nous empressé de nous rendre à l'invitation qui nous avait été adressée par le comité.

Nous tenions à saluer ce grand ancêtre et à l'entendre louer par les représentants officiels des institutions dont il a semé les germes, il y a bientôt trois cents ans.

A dix heures précises, avec l'exactitude qu'on appelait jadis la politesse des rois, M. le président du Conseil des ministres a fait son entrée sous la tente, où l'attendaient les chefs de service et les directeurs des administrations qui relèvent du département de l'intérieur. Quelques minutes après, le voile qui couvrait la statue s'est envolé, aux sons de la *Marseillaise* et le grand précurseur est apparu sur son piédestal en pierre de Lorraine, la mine haute et fière, assis devant la table de travail, la plume sur le manuscrit, et prêtant l'oreille aux bruits du dehors.

Les discours ont alors commencé. Le ministre a pris le premier la parole, puis nous avons entendu successivement le président du comité de la statue, M. Claretie ; le président du Conseil municipal, le préfet de la Seine, le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le secrétaire annuel de l'Académie de médecine et le Dr Grasset parlant au nom de la Faculté de Montpellier. Chacun d'entre eux a mis en relief un des côtés de cette grande figure qui se prête à toutes les admirations. Ils ont dépeint tour à tour, le modeste praticien de province arrivant à Paris pour y régénérer la médecine, le protestant deviné par le père Joseph (l'Eminence grise) et adopté par le cardinal de Richelieu qui lui donna *l'Office de commissaire général des pauvres du royaume* ; le philanthrope qui a jeté les bases de toutes les institutions de bienfaisance, créé les monts-de-piété, les bureaux d'annonces et de placement. Ils ont fait revivre à nos yeux l'écrivain qui a mis aux mains des penseurs le formidable instrument avec lequel ils ont remué le monde, le journalisme, cette puissance moderne qui tient en échec les souverains eux-mêmes et qui, dans les pays libres, est devenu un Etat dans l'Etat. Ils nous ont enfin montré l'homme généreux qui, né dans les rangs de la bourgeoisie aisée, a vécu pour les pauvres et pour les déshérités et est *mort gueux comme un peintre*, suivant l'expression dédaigneuse de cette vipère de Guy Patin, que tous les orateurs d'aujourd'hui ont répétée comme le plus grand éloge qu'on puisse faire d'un homme de bien.

Les journaux politiques reproduiront tous ces discours ; nous ne pouvons pas faire comme eux et nous devons nous borner à envisager le côté médical de l'œuvre de Renaudot.

Lorsqu'il vint à Paris, en 1612, avec l'ardeur de ses 28 ans et l'appui du grand cardinal, il se heurta tout d'abord à la Faculté de Paris. C'était déjà

une petite église fermée comme toutes les corporations, envieuse et égoïste comme elles. Cramponnée à ses privilèges, emprisonnée dans les dogmes du galénisme déjà vieux de 1400 ans, élle combattait au nom de l'infaillibilité de la doctrine, contre toute innovation, contre toute tentative faite par la médecine pour s'affranchir du joug des anciens. Renaudot fut un révolutionnaire à la façon de Paracelse, avec la thaumaturgie en moins et le dévouement à ses semblables en plus. Il eut comme lui l'audace de s'affranchir de la pharmacopée galénique, de s'adresser à des médicaments tirés de la chimie. Il adopta l'antimoine malgré les foudres de la Faculté et s'en fit une ennemie irréconciliable ; mais tout cela ne nous importe guère.

Ce n'est pas comme praticien que Renaudot se recommande à notre reconnaissance. Il a fait mieux que d'imaginer un système de thérapeutique. Animé pour les malheureux d'une tendresse sans bornes, il créa les *consultations charitables;* il fonda, sur l'emplacement même où s'élève sa statue, un dispensaire où les pauvres venaient recevoir gratuitement le conseil et le remède, où des médecins dévoués comme lui se réunissaient à jour fixe pour l'aider dans son œuvre. A côté se trouvait un laboratoire où des apothicaires préparaient les remèdes prescrits et les délivraient aux malades. Persuadé, comme Bacon, qu'il fallait en appeler de l'autorité du dogme à celle de l'expérience, il imagina les feuilles individuelles pour l'observation des malades, les tableaux cliniques comme ceux dont on se sert partout aujourd'hui.

Nous ne dirons rien des institutions philanthropiques dont il a jeté les bases et qui sont si florissantes aujourd'hui, parce que ce serait sortir de notre sujet ; nous nous bornerons à faire remarquer combien elle fut complète, l'œuvre de ce médecin doublé d'un philanthrope et d'un administrateur, dont la noble figure est restée si longtemps ensevelie dans l'ombre du passé, d'où elle est sortie ce matin avec tant d'éclat, grâce à notre jeune confrère, le docteur Gilles de la Tourette, à la décoration duquel tout le monde a applaudi à la fin de la séance.

S'il arrive jamais à quelqu'un de dresser l'inventaire de ce que les médecins ont découvert ou accompli en dehors de leur domaine professionnel, la nomenclature en sera longue et la première place dans ce Panthéon reviendra de droit à Renaudot. Malgré les injustices dont il a été victime, les angoisses qu'il a dû traverser, nous ne pouvons pas le plaindre. C'était une si belle époque que la sienne! On avait à lutter contre tous les intérêts coalisés, contre les haines et les fanatismes; mais on avait devant soi les champs inexplorés de toutes les sciences et l'avenir appartenait aux moissonneurs qui ne craignaient pas de s'y aventurer. Il ne nous reste plus, à nous, qu'à glaner dans ces sillons où tant d'hommes de génie ont promené leur faux, et pourtant, ce siècle qui s'achève et qui fut le nôtre, a été plus fertile en découvertes que tous ceux qui l'avaient précédé. Il nous semble, à nous qui assistions à son aurore, qu'il ne restera plus rien à faire à ceux qui viendront après nous; mais ce sont là des illusions séniles. Le champ des découvertes scientifiques n'a pas de bornes. Il est si vaste que l'œil ne peut pas l'embrasser tout entier; mais le voile qui nous en cache les profondeurs se dissipe peu à peu, à mesure qu'on y avance, comme la brume du matin se soulève lentement au-dessus des prairies, lorsque le soleil monte à l'horizon.

Jules ROCHARD.

HYGIÈNE

—

LA BIÈRE ET LE CIDRE. — PROPRIÉTÉS HYGIÉNIQUES. FALSIFICATIONS.

Le Sénat, fidèle à ses engagements, s'occupe avec activité de la loi sur l'impôt des boissons, dont j'ai déjà raconté les péripéties (1). La commission s'est assemblée le 18 mai pour délibérer sur les propositions que le gouvernement lui a faites, et l'accord paraît certain. Le nouveau projet modifie les dispositions votées par la Chambre des députés. Il ne dégrève pas complètement les boissons hygiéniques ; il supprime le droit d'entrée et le droit de détail avec l'exercice chez les débitants ; mais il maintient le droit de circulation, avec les trois zones, correspondant au tarif de perception. Il limite le degré alcoolique du vin à 10°9, taux au-dessus duquel ils payeront une surtaxe ; enfin, il maintient le privilège néfaste des *bouilleurs de cru*, et les affranchit de tout exercice, en les astreignant seulement à une déclaration parfaitement illusoire.

Je reviendrai sur ce dernier point, à propos des falsifications et des fraudes de l'alcool que cette mesure a pour but de faciliter ; mais, en ce moment, je ne m'occupe que des deux boissons hygiéniques dont je n'ai pas encore parlé, c'est-à-dire de la bière et du cidre. Le dégrèvement dont elles vont être l'objet aura pour effet d'en augmenter la consommation et, par conséquent, d'accroître l'activité ingénieuse des fraudeurs. C'est, par conséquent, pour les hygiénistes, le moment de s'occuper des procédés dont ils usent.

I. **La bière.** — La consommation de la bière a presque doublé en France depuis les ravages du phylloxera. Pendant la période décennale 1879-1888, elle a été, en moyenne, de 8,200,000 hectolitres par année. En 1892, les droits sur les bières ont rapporté à l'Etat 23,961,754 francs (2). C'est bien peu de chose à côté de ce qui s'en boit en Angleterre, où, pendant cette même année 1892, la consommation s'est élevée à 1,134,311,436 galons, ou 51,497,739 hectolitres (3). Notre consommation n'est guère que la vingtième partie de celle du monde entier.

La bière est une boisson de premier ordre et qui ne le cède qu'au bon vin. Elle désaltère plus que toute autre, à cause de sa saveur amère, et épargne à l'économie les sueurs profuses que détermine, dans l'été, l'ingestion des quantités exagérées de boissons aqueuses qu'il faut ingurgiter pour apaiser sa soif. Elle relève les forces par ses principes toniques et ne contient pas assez d'alcool (4) pour déterminer l'ivresse, à moins d'en boire des

(1) *Union médicale* du 16 février 1893, n° 20, p. 229.

(2) D'après le relevé dressé récemment par le ministre des finances, l'impôt des boissons a rapporté, en 1892, 470,053,325 francs, dont 288,316,033 pour l'alcool, 142,468,806 pour les vins, 23,961,754 pour les bières et 12,866,370 pour les cidres.

(3) La dépense résultant de la consommation des boissons alcooliques pour la population du Royaume-Uni, pendant l'année 1892, est estimée par M. Dawson Burns à 140,866,262 livres sterling, c'est-à-dire : 3,521,656,550 francs.

(4) La bière renferme, en moyenne, de 4 à 6 p. 100 d'alcool ; les petites bières n'en contiennent que 2 ou 3 p. 100 ; les bières fortes vont jusqu'à 8.

quantités considérables ou d'en relever le goût en y ajoutant de l'alcool, comme on a la mauvaise habitude de le faire dans le Nord et en Belgique. L'ivresse qu'elle amène alors est lourde et somnolente. L'esprit, calme et comme engourdi, s'abandonne à des rêveries vagues, fantastiques, auss différentes des pensées riantes qu'évoque le bon vin que des hallucinations horribles de l'alcool. On a mis cette somnolence sur le compte du *lupulin*, mais le genièvre et la fumée de tabac, dont on use en même temps dans les brasseries, y entrent pour une bonne part.

La bière est plus nourrissante que le vin, parce qu'elle renferme plus de matières extractives et que ses sels contiennent toujours des phosphates et des composés alcalins. Aussi, l'accuse-t-on de produire l'obésité lorsqu'on en abuse.

Les principes amers du houblon donnent à la bière des propriétés toniques et stomachiques. Ils excitent l'appétit et facilitent la digestion. Beaucoup de dyspeptiques qui ne supportent pas l'acidité du vin se trouvent bien de l'usage de la bière; mais, pour qu'elle jouisse de toutes ces qualités, il faut qu'elle soit bien préparée et exempte de sophistications.

En France, la bière n'est pas falsifiée sur une aussi grande échelle que le vin, parce qu'on en consomme moins et qu'elle est moins chère. Ce qu'on trouve surtout dans le commerce, ce sont des bières plates, altérées ou mal préparées. A Paris, elles sont souvent éventées, colorées avec le caramel, la réglisse ou le sureau; quelquefois, on les alcoolise; mais on y mêle rarement des substances nuisibles, comme on le fait en Angleterre. La fraude la plus courante consiste, chez nous, à ajouter de petites bières à la bière forte.

Les sophistications portent sur deux des éléments : sur l'orge et sur le houblon. On remplace le *malt d'orge* par une partie d'orge germée ou par d'autres grains, et beaucoup plus souvent par du glucose. On y ajoute également de la glycérine, pour lui donner une saveur plus douce. D'après M. Catillon, la proportion atteint parfois un demi-litre et même un litre par hectolitre. Or, à cette dernière dose, la glycérine n'est pas inoffensive lorsqu'il s'agit d'une boisson qu'on ingurgite en si grande quantité. Bien qu'on prétende qu'elle est brûlée dans l'économie, elle n'en irrite pas moins les reins lorsqu'ils l'éliminent, et la bière prise en abondance ne stimule déjà que trop cette sécrétion.

Le houblon est remplacé, d'après M. Girard (1), par les substances suivantes destinées à donner de l'amertume à la bière : *Acide picrique*, *fiel de bœuf, aloès, quassia amara, ményanthine*, *absinthe*, *coloquinte*, *gentiane, saule* et *salicıline*, *coque du Levant*, *cumin*, *cubèbe, piment, écorce de garou, chardon-bénit, petite centaurée*, *noix vomique*, *strychnine*, *buis*, *écorces d'orange* ou de *citron*, *coriandre*, *genièvre*, *mousse d'Islande*. On trouve, dans le commerce, un mélange tout préparé pour la fabrication de la bière, et qui renferme : 500 grammes de bicarbonate de soude, 150 gramme de noix vomique et 400 grammes de cubèbe.

Les bières ainsi fabriquées s'altèrent aisément; aussi pour les conserver et pour pouvoir les transporter, on les alcoolise, comme les vins, avec des

(1) Girard : Documents sur les falsifications des matières alimentaires et sur les travaux du Laboratoire municipal, Paris, 1882, p. 156.

alcools de mauvaise qualité et par conséquent toxiques, ou bien on les traite par l'acide salicylique également comme les vins. Nous avons traité la question du salicylage à l'occasion de ceux-ci (1). Il a les mêmes inconvénients pour les bières et doit être interdit pour les mêmes raisons. Enfin, il arrive parfois d'Angleterre des bières qui contiennent de l'acide sulfureux ou des bisulfites. En 1890, le comité consultatif d'hygiène publique fut consulté sur la question de savoir si cette addition pouvait être tolérée. Sur un rapport de M. Ogier, il émit l'avis qu'il n'y avait pas d'exemples d'accidents survenus à la suite d'ingestion de bières modérément additionnées d'acide sulfureux et qu'il n'y avait pas lieu de les proscrire (2).

Toutes ces falsifications sont nuisibles et doivent être interdites. On peut les reconnaître par l'aspect extérieur et par le goût ; on peut les démontrer par l'analyse.

La bière de bonne qualité est brillante, sans dépôt, exempte de flocons nageant dans le liquide. La mousse est blanche, fine et ferme ; plus les bulbes sont grosses et privées de cohérence, plus la bière est pauvre en acide carbonique.

Le goût de la bière ne doit rappeler que le malt et le houblon, tout en étant spiritueuse et rafraîchissante ; un goût acide ou trop amer dénote la présence de substances étrangères et un goût douceâtre signale celle de la glycérine.

Quant aux procédés d'analyse qui peuvent transformer ces soupçons en certitude, leur exposé nous entraînerait trop loin et d'ailleurs ils sont plutôt du ressort de la chimie et de la médecine légale que de celui de l'hygiène.

II. **Le Cidre.** — Sa consommation s'est accrue, comme celle de la bière, à la suite des maladies qui ont frappé nos vignobles, mais dans une moindre proportion. C'est toujours une boisson nationale en Bretagne et en Normandie et c'est là qu'on boit à peu près tout ce qui s'en fabrique. Cependant, on en consomme à Paris environ 100,000 hectolitres par an. La production annuelle du cidre s'élève en moyenne à 11,900,000 hectolitres ; l'exportation ne dépasse pas 10,000 à 20,000 hectolitres.

Le cidre ne vaut ni le vin ni la bière. Il constitue pourtant une boisson agréable et rafraîchissante ; mais son acidité le rend laxatif et il cause parfois de la gastralgie. L'ivresse qu'il procure est lourde, stupide et humiliante par ses effets. Les buveurs de cidre ont l'habitude d'en relever le goût et en corriger la faiblesse alcoolique (1) par quelques petits verres d'eau-de-vie. Les départements à cidre sont ceux où la consommation d'alcool atteint son maximum.

Le cidre ne se conserve pas aussi facilement que la bière et le vin. D'abord douceâtre, il devient pétillant et mousseux à mesure que la fermentation marche, et quand elle est complètement terminée, il est âpre et n'a plus de saveur sucrée. Il est sujet à des maladies analogues à celles du vin et pour y remédier on a recours à des moyens analogues,

(1) *Union médicale* du 30 mai 1893, n° 38, p. 447.

(2) *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique*, séance du 10 février 1890, t. XX, p. 34.

L'*acescence* se produit dans les cidres faibles et dans ceux qui restent longtemps en vidange, sous l'action du *mycoderma aceti.* On prévient cette altération, en mettant à la surface du liquide une mince couche d'huile comestible. On a aussi imaginé des bondes spéciales; mais il ne faut pas, comme on le fait souvent, saturer l'excès d'acide à l'aide de la chaux ou du bicarbonate de soude.

La *pousse* est une fermentation tardive, qui se produit vers le printemps dans les cidres faibles ; elle les trouble et leur donne un goût désagréable. On corrige cette saveur à l'aide du cachou ou du tan et en soutirant ensuite le liquide dans un tonneau soufré.

La *graisse* est caractérisée par la viscosité huileuse et la mauvaise odeur du cidre. *Il file.* Cette altération tient à ce qu'on a employé des pommes pauvres en sucre et en tanin. On y remédie en y ajoutant 350 grammes d'alcool par hectolitre ou en y incorporant, pour la même quantité de liquide, 6 grammes de tannin ou 25 grammes de cachou.

Le *noircissement* est caractérisé par une coloration vert brunâtre et par la perte de la saveur due à la saturation des acides par l'emploi d'eaux trop calcaires dans la fabrication. Le remède consiste à y ajouter de 20 à 25 grammes d'acide tartrique par hectolitre. En Normandie, quelques producteurs ont l'habitude, pour empêcher le cidre de noircir, d'y ajouter de l'alun à la dose de 500 à 1,000 grammes, par 13 hectolitres. En 1889, le Comité consultatif d'hygiène publique, consulté à ce sujet, répondit, après avoir entendu le rapport de M. Ogier, que cette pratique était dangereuse et devait être formellement prohibée. (1).

Les *fleurs* sont dues au développement du *mycoderma vini.* Pour s'en débarrasser, on remplit le tonneau jusqu'à ce qu'il déborde en entraînant les fleurs qui nagent à la surface du liquide, ou mieux en le soutirant avec lenteur.

Ces sophistications sont inoffensives, mais elles n'en sont pas moins condamnables, en ce sens qu'elles ne servent qu'à rendre potables des liquides qu'il serait plus hygiénique de rejeter. Les falsifications consistant à y ajouter de l'acide salicylique, des sulfates ou des acétates alcalins, pour les conserver, à les colorer avec des dérivés de la rouille, ou avec la cochenille, sont d'un caractère plus coupable. Enfin, l'addition de la céruse qu'on a signalée quelquefois, est un véritable crime, parce qu'elle transforme le cidre en un poison.

Hâtons-nous de dire que ces sophistications dangereuses sont rares. On se borne le plus souvent à mouiller le cidre et à le relever avec des alcools de mauvaise qualité. Enfin, on en fabrique avec des pommes tapées et du glucose, ce qui constitue une fraude, une tromperie sur la qualité de la marchandise vendue.

Les falsifications du cidre, comme celles de la bière et du vin, sont décelées par le goût et la couleur, par les troubles et les dépôts qui s'y produisent et on les constate par l'analyse qui lève tous les doutes.

Jules ROCHARD.

(1) *Recueil des travaux du Comité*, t. XIX, p. 503.

Le traitement des inflammations des annexes devant le cinquième Congrès de la Société allemande de gynécologie

Dans le cinquième Congrès de gynécologie tenu à Breslau du 25 au 27 mai 1893, l'importante question que nous avons prise pour titre a été longuement discutée. Le débat a porté sur deux points différents : d'abord sur l'importance de l'examen du pus pratiqué au cours de l'intervention et ensuite sur la conduite à tenir, sur le genre d'opérations à pratiquer dans les suppurations salpingées.

Pour ce qui est de l'examen bactériologique, tous les chirurgiens ont été d'accord sur ce point, qu'il y avait dans les trompes du pus stérile ou au contraire du pus virulent; cela n'a rien d'étonnant; il en est du pus des annexes comme des autres pus de l'économie. Mais M. MENGE (de Leipzig) a fait une intéressante communication sur la formation de ce pus, sur l'étiologie des pyosalpingites. D'après ses recherches personnelles, c'est le gonocoque qui serait le plus souvent en cause; puis viennent ensuite par ordre de fréquence, le streptococcus pyogènes, le staphylococcus aureus, le diplococcus de Talamon-Fraenkel, et enfin le bacille de la tuberculose.

Ces différents agents peuvent se combiner donnant lieu à une infection mixte; mais seulement lorsque la collection salpingée communique avec d'autres foyers de suppuration. Lorsqu'au contraire, les poches purulentes sont intactes, l'agent virulent se rencontre toujours en culture pure.

Pour M. Menge, chez les femmes bien portantes, tout le système génital est absolument stérile et l'auto-infection due à des microbes partie du vagin et remontant dans l'utérus et les annexes, n'existe pas. Quand, par conséquent, il y a métro salpingite, cette lésion est due à des microorganismes pathogènes venus du dehors; ce sera la gonorrhée dans un cas, dans d'autres des inoculations dues aux doigts des accoucheurs, etc., d'où cette réflexion que nous avons faite par nous même bien souvent, que le toucher vaginal devait être restreint le plus possible chez les femmes en parturition.

Les secrétions seraient aussi un obstacle qui s'opposerait à la marche envahissante des microbes. Le canal génital de la femme se diviserait en deux zones ; l'une très acide constituée par le vagin, l'autre supérieure alcaline constituée par la cavité utérine et les trompes. Comme les agents pathogènes sont influencés par l'une ou l'autre de ces réactions, il s'ensuit qu'ils éprouvent une très grande difficulté à résister aux actions des ces liquides soit alcalins, soit acides, et sont généralement détruits, si *un conducteur* ne vient pas les aider à franchir ces passages.

Quoi qu'il en soit, la suppuration se produit, forme une collection salpingée et celle-ci, suivant la nature de l'agent pathogène, suivant l'âge de la maladie peut être indifférente ou au contraire extrêmement virulente, ce qui a une très grande importance relativement aux accidents qui se manifesteront après les laparatomies pour salpingites suppurées. Aussi, pour certains chirurgiens, la thérapeutique ne devra-t-elle pas être la même dans les deux cas. Si le pus est reconnu stérile, on ferme l'abdomen sans la moindre crainte; si, au contraire, il est virulent, il faut drainer le foyer et par conséquent laisser le péritoine en communication avec l'extérieur.

Telle est l'opinion soutenue par M. SCHAUTA, le rapporteur, qui montre

la facilité avec laquelle cet examen du pus peut être fait extemporanément et sans difficulté; ce qui est aussi l'avis du docteur Ch. Boisleux (de Paris), qui a même pratiqué dans certains cas des inoculations de contrôle sur les animaux. De là à diviser les collections suppurées des trompes en deux grandes classes : les collections à contenu septique, et les collections à contenu aseptique, il n'y avait qu'un pas à faire. M. Schauta l'a fait et a adopté cette classification.

Elle n'est pas assez clinique de l'avis de M. Martin (de Berlin), qui préfère ranger les suppurations des annexes en poches purulentes fermées, susceptibles d'être décortiquées et enlevées sans être rompues, et en poches purulentes adhérentes à toutes les parties voisines, dont l'extirpation ne peut être faite sans intéresser leurs parois ou celles des organes avoisinants comme l'intestin dont on doit quelquefois pratiquer la suture. Pour ce chirurgien, l'examen du pus au moment même n'est pas suffisant, ne donne pas une certitude et nous ajouterions volontiers qu'il ne peut servir de base à la thérapeutique, car pour être fait il demande une installation particulière qui ne peut pas être rencontrée dans tous les milieux où on est appelé à faire une laparatomie.

Cet examen bactériologique est cependant, pour certains chirurgiens de Berlin, indispensable pour commander le drainage ou permettre de refermer complètement l'abdomen. Cette question du drainage a eu autrefois son importance et il sera fait avec fruit quand, par la nature des lésions, on aura lieu de croire à une infection péritonéale à peu près certaine ; mais M. A. Martin, après l'avoir pratiqué longtemps, l'a aujourd'hui complètement abandonné. M. Kaltenbach (de Halle) est dans les mêmes idées. Quand, pendant les manœuvres de l'extirpation, une poche purulente s'est rompue, il fait des lavages avec l'acide borique et ferme l'abdomen comme si cet accident ne s'était pas produit. M Chobrak, ne draine aussi que dans les cas exceptionnels, quand, par exemple, il y a communication de l'abcès salpingé avec le rectum. Quand le pus s'est épanché dans l'abdomen, il se contente d'éponger soigneusement, avec de la gaze stérilisée, toutes les parties qui ont pu être maculées et ferme sa plaie abdominale sans éprouver la moindre inquiétude. C'est aussi la pratique suivie par M. Sweifel qui ne fait jamais le drainage, ferme toujours complètement la paroi et trouve que l'examen bactériologique du pus, pendant l'acte opératoire, est incompatible avec ce dernier.

Comme on le voit, le drainage paraît n'avoir pour ainsi dire plus de partisans et l'on comprend qu'on ne soit pas tenté d'effondrer le cul de sac postérieur pour y placer un drain susceptible de produire une infection secondaire. La pratique qui nous paraît la plus sage et celle qui, dans les cas où on n'aura pu, malgré toutes les précautions, arrêter l'effusion du pus dans le péritoine, consiste, après nettoyage parfait avec les éponges, à placer, comme Mickuliez, une mèche de gaze iodoformée qui évitera au besoin la rétention des liquides infectés.

Examinons maintenant la voie suivie par la majorité des chirurgiens allemands pour aborder les poches purulentes. Et d'abord la *voie vaginale* supprimant l'utérus pour aborder les foyers ne paraît pas être en grande faveur de l'autre côté des Vosges. Schauta dit n'en avoir aucune expérience personnelle. Martin, Chobrak, Winckel et Abel n'en font pas mention. Nous

la voyons cependant défendue par Léopold qui a fait vingt-quatre fois l'extirpation de l'utérus pour affection des annexes en se servant du procédé habituel des ligatures et qui trouve que lorsque les lésions sont bilatérales, il est préférable d'enlever l'utérus devenu désormais inutile. L. Landau (de Berlin) partage l'opinion de Léopold et tout en employant ou l'incision, ou la ponction vaginale, pense que la méthode de Péan-Segond est appelée à un grand avenir.

Comme on le voit, la laparotomie compte encore plus de partisans que l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes et mêmes dans les cas où il existe une fistule communiquant avec le rectum. Nous n'avons pas ici à discuter la question, ni à défendre l'extirpation de l'utérus, pour les cas où cet organe est entouré de foyers anciens à peu près inopérables par la voie abdominale, nous croyons la cause gagnée dans cet ordre d'idées ; nous nous bornons à constater qu'en Allemagne cette voie nouvelle paraît ne pas avoir encore rencontré le succès qu'elle a trouvé en France.

Une question traitée incidemment, et bien entendu dans les lésions non suppurées, est la résection des trompes et des ovaires. A. Martin en est un partisan convaincu, parce qu'il nous dit que sur vingt-quatre cas de résections anciennes de la trompe et de l'ovaire huit femmes sont devenues enceintes, et elles étaient auparavant demeurées toujours inféconds. Ce chirurgien extirpe la trompe lorsque son contenu paraît suspect. Quant, au contraire, il a affaire à une atrésie de ce conduit, il nettoie la muqueuse, la gratte et ne la résèque que s'il y a lieu. Quant à l'ovaire, il résèque la partie malade et suture avec soin les deux moignons ainsi formés.

Disons, en terminant, que le massage des annexes est pratiqué souvent par les chirurgiens allemands et semble leur donner de bons résultats. Les indications de ce traitement sont à poser, paraît-il puisque nous voyons certains praticiens le faire même dans les cas de lésions inflammatoires. C'est là, pourtant, une contre-indication pour la plupart d'entre eux, qui réservent ce mode thérapeutique pour les cas où tout symptôme de phlogose a disparu depuis longtemps et où il n'y a plus qu'à relâcher les adhérences qui se sont formées. E. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juin 1893. — Présidence de M. Fernet.

Intoxication alimentaire d'origine carnée

M. Juhel-Rénoy : Les accidents produits par l'ingestion de viandes avariées sont plus connus au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale qu'au point de vue clinique. Ces accidents peuvent même prêter à des erreurs de diagnostic. Aussi M. Juhel-Rénoy a-t-il pensé qu'il était intéressant de rapporter l'histoire de quatre malades ayant présenté des symptômes de gravité variable après l'ingestion de viande de porc.

Chez le premier malade, les accidents éclatèrent six heures après l'ingestion d'un rôti de porc ; ils revêtirent l'aspect d'une simple indigestion ; mais, deux jours après, survenait un érythème polymorphe et l'on crut un moment qu'il s'agissait de variole. L'urine

était albumineuse et contenait beaucoup d'indican. L'éruption diminua progressivement au bout de quatre ou cinq jours.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme fatiguée, surmenée, mal nourrie, qui fut amenée à Aubervilliers avec le diagnostic de variole. Deux heures après l'ingestion de saucisses faites avec des déchets de viande, cette femme avait été prise de céphalalgie, de frissons, de rachialgie; deux jours après apparaissaient, sur les bras et le tronc, de larges plaques rouges s'étendant le lendemain aux jambes et aux pieds.

M. Juhel-Rénoy constate alors, chez cette malade, une langue sale, de la dysphagie, une soif vive, une anorexie absolue, des points blancs sur les amygdales; pas de dilatation pupillaire; urines albumineuses et contenant beaucoup d'indican; température à 40° pendant deux jours.

L'éruption est constituée par des papules lenticulaires, devenues confluentes par places ; la couleur de cette éruption est d'un rouge vineux, hortensia. Les papules sont analogues, au niveau du tronc, aux papules syphilitiques ; au niveau des tibias l'éruption simule l'érythème noueux. Cette malade se plaignait d'une très grande sensation de courbature, de fatigue, qui persista assez longtemps après la disparition des autres accidents.

Chez le troisième malade, les phénomènes furent encore plus graves ; il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans, très fatigué lui aussi. Quelques heures après l'ingestion de saucisses crues il fut pris de vomissements, de céphalée, de courbature, de vertiges; en outre, épistaxis abondantes, photophobie, dyspnée, insomnie, délire ; température, à 40°,3 ; bruits du cœur sourds ; nombreux points exulcérés sur les amygdales, selles diarrhéiques infectes; urines albumineuses et contenant de l'indican. Le lendemain, l'auscultation du cœur révèle un souffle systolique à la pointe, et, en découvrant le malade, on aperçoit une éruption roséolique généralisée ; aucun catarrhe des muqueuses. La faiblesse est extrême ; trois jours plus tard, accidents de pseudo rhumatisme infectieux du côté du genou droit, durant un mois environ. L'éruption se termina par une légère desquamation furfuracée.

Le quatrième malade est encore un surmené ; les phénomènes ont été plus graves encore que dans les cas précédents. C'est un garçon de 19 ans, qui, après l'ingestion de viande de porc crue fut pris de vomissements, de céphalée, de fièvre, de douleurs de la nuque avec véritable contrature des muscles de cette région, hyperesthésie généralisée, épistaxis, diarrhée. On constate bientôt l'existence d'un double épanchement pleural et de frottements péricardiques ; urines très riches en indican et très albumineuses. En même temps, apparition de vastes placards scarlatiniformes. On fait le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

Bientôt, l'éruption envahit les bras et les jambes ; aux bras et aux cuisses elle revêt l'aspect ortié, mais n'est nullement prurigineuse. Le lendemain de cette extension de l'éruption, apparaissent des signes de pseudo-rhumatisme infectieux. Pendant un mois la température simule la courbe d'une fièvre typhoïde.

L'étude des différents symptômes observés chez ces quatre malades rappelle ceux du botulisme. On peut conclure de cette étude que la symptomatologie des empoisonnements par les viandes d'apparence fraîches ou altérées peut subir de nombreuses variations; mais il existe un certain nombre de symptômes fondamentaux de cet empoisonnement. Ce sont :

La diarrhée fétide, les nausées, les vomissements, la douleur épigastralgique, la dysphagie qui est très fréquente, la soif, les sueurs profuses, les tendances à la syncope, une diminution considérable des forces, de la stupeur du délire; les accidents cutanés qui sont très fréquents bien qu'ils n'aient pas encore été signalés, ce sont des érythèmes polymorphes, présentant quelquefois le type ortié, scarlatiniforme, roséolique. M. Juhel-

Rénoy insiste sur ce fait que ces éruptions peuvent faire confondre avec une fièvre éruptive, et en particulier avec la variole, les accidents d'intoxication par la viande de porc.

On peut, en outre, observer toutes les complications des maladies infectieuses, celles qui atteignent en particulier le péricarde, l'endocarde, les plèvres, les séreuses articulaires.

Quant à la température elle ne présente pas de tracé précis ; elle peut être passagère et irrégulière ou présenter au contraire la courbe de la fièvre typhoïde.

La diminution de l'urine, la présence constante de l'albumine et de l'indican sont des signes d'une grande valeur. M. Juhel-Rénoy n'a constaté la dilatation pupillaire chez aucun de ses malades.

Au point de vue thérapeutique, les indications se résument ainsi : purgatifs, antisepsie intestinale, substances diurétiques.

M. Faisans : On peut se demander si les symptômes observés par M. Juhel-Rénoy chez ses malades ne dépendaient pas d'une maladie infectieuse, la grippe, par exemple. Rien ne prouve, en particulier, que dans le quatrième cas il ne s'est pas agi d'un rhumatisme viscéral ayant ensuite frappé les articulations.

M. Juhel-Rénoy affirme que ses malades n'étaient nullement des grippés ; les arthropathies que présenta son quatrième malade ne ressemblaient en rien à celle du rhumatisme articulaire.

M. Sevestre rapproche les accidents signalés par M. Juhel-Rénoy de ceux qu'on observe quelquefois chez les enfants au moment du sevrage : diarrhée, vomissements, éruptions diverses, congestion pulmonaire, congestion cérébrale, et, dans quelques cas contractures des extrémités. Ces accidents cèdent également au calomel et aux antiseptiques de l'intestin.

M. Hanot : La fièvre et les localisations du côté des séreuses ne sont pas notées dans le botulisme qui est une intoxication et non une infection.

M. Juhel-Rénoy : L'hypothermie existe dans les cas graves, mortels, mais il peut y avoir de la fièvre dans les cas légers. Dans l'épidémie d'Avor, étudiée par MM. Polin et Labit, presque tous les malades eurent de la fièvre.

M. Rendu : Le poison absorbé n'est pas le même dans tous les cas ; sa dose varie aussi, enfin le terrain doit jouer un rôle dans la production des accidents M. Rendu a observé un cas mortel d'intoxication par un pâté de gibier dont plusieurs autres personnes mangèrent sans inconvénient. Le malade avait récemment éprouvé de vifs chagrins et il était à peine guéri d'une crise de coliques hépatiques.

M. Netter : Pense que le botulisme est une maladie particulière différant de ce qu'a observé M. Juhel-Rénoy. Les cas d'intoxication alimentaire ne sont pas tous les mêmes ; ils sont sous la dépendance de poisons divers soit hyperthermisant, soit hypothermisants.

M. G. Ballet a observé une petite épidémie d'intoxication par les viandes avariées ou, du moins, vieillies. La température varia beaucoup suivant les malades ; les éruptions multiformes furent constantes, et presque tous les malades eurent des accidents articulaires.

COURRIER

Le concours pour les deux places de chirurgiens du bureau central s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Delbet et Rochard.

— Vendredi, 2 juin, a eu lieu à l'hôpital Necker l'inauguration de l'amphithéâtre d'opérations de MM. les professeurs Guyon et Le Dentu.

M. le ministre de l'instruction publique s'était fait représenter par M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, M. Poubelle, préfet de la Seine, M. Brouardel, doyen de la Faculté de Paris, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, et le conseiller municipal du quartier Necker ont pris successivement la parole, ainsi que MM. Guyon et Le Dentu.

C'est sur l'initiative de ce dernier et sur ses indications qu'a été construit ce superbe amphithéâtre qui comprend tous les perfectionnements modernes et qui réalise tout ce qu'on peut souhaiter au point de vue de l'antisepsie et de l'asepsie. Nous nous proposons de revenir prochainement sur les installations qui font de cette salle d'opérations une des plus parfaites qu'on puisse souhaiter.

Le service de gynécologie de M. le professeur Le Dentu est aussi digne d'éloges à tous égards. Complètement isolé, il forme à lui seul un petit hôpital dans le grand et possède aussi une salle d'opérations, parfaite en tous points.

Récompenses à propos de l'épidémie de typhus. — Le ministre de l'intérieur a fait confectionner un certain nombre de médailles qui seront prochainement remises aux personnes dont le dévouement a été signalé pendant la durée de l'épidémie typhique.

Nécrologie. — MM. les Docteurs Delansorne (à Sao-Paulo); Ley (de Paris); Koehler (de Nancy); Flornoy, ancien médecin des hôpitaux de Bordeaux, ancien professeur de l'école départementale d'accouchement de cette ville.

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin de 1re classe Dumesnil, médecin-major au régiment d'artillerie de marine, réintégré au service général, est désigné pour continuer ses services au Tonkin, qu'il rejoindra par le vapeur affrété partant de Toulon le 15 juin prochain.

— Un médecin de 1re classe est demandé dans les ports pour embarquer sur la *Corrèze*, à Diégo-Suarez, en qualité de médecin-major.

— M. le médecin de 2e classe Borius est désigné pour servir dans l'Inde, qu'il rejoindra par le paquebot partant de Marseille, le 25 juin prochain.

— Les listes d'embarquement et de départ pour les colonies, des officiers du corps de santé de la marine, ont ainsi été arrêtées :

Médecins en chef : MM. 1. Roussel; 2. Geoffroy; 3. Mathis; 4. Duchateau; 5. Bertrand; 6. Dupont; 7. Laugier; 8. de Fornel; 9. Talairach.

Médecins principaux : MM. 1. Frison; 2. Barre; 3. Miquel; 4. Maget; 5. Léo; 6. Vantalon; 7. Canoville; 8. Dollieule; 9. Siciliano; 10. Ed. Roux; 11. Cantellauve; 12. Riche; 13. Bodet; 14. Abelin.

Médecins de 2e classe : MM. 1. Renault; 2. Cairon; 3. Ono dit Biot; 4. Vergues; 5. Oudart; 6. Collin; 7. Branzon-Bourgogne; 8. Caire; 9. Titi; 10. Roux-Fressineng; 11. Guéguen; 12. Bonnescuelle de Lespinois.

Médecins des troupes : MM. les méd. de 1re cl. 1. Tréguier; 2. Castagné; 3. Plouzané; 4. Daliot; 5. A. Reynaud; 6. Clavel.

MM. les méd. de 2e cl. 1. Guilland; 2. Salaun; 3. Lorin; 4. Bonnefoy; 5. Berriat; 6. Doublet; 7, Gombaud; 8. Condé.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LES NOUVELLES SALLES D'OPÉRATIONS DES HOPITAUX DE PARIS

L'acte opératoire prend en chirurgie une importance plus grande de jour en jour et, pour s'en convaincre, il n'y a qu'à constater le changement complet qui s'est produit dans toutes les salles d'opérations des hôpitaux de Paris. Il y a quelques jours encore, il nous était donné d'assister à l'inauguration de trois d'entre elles et, nous pouvons le dire sans crainte, ces trois dernières venues approchent de la perfection, l'atteignent même, si tant il est que la perfection puisse se réaliser.

Ce sont les services de MM. Schwartz et Quénu qui ont été inaugurés les premiers, puis trois jours après, l'amphithéâtre des cliniques chirurgicales de Necker. Nous commencerons par dire quelques mots de ce dernier, dû à l'initiative de M. le professeur Le Dentu et construit d'après ses indications.

Pour faire de la bonne chirurgie, avant l'asepsie et l'antisepsie, il faut d'abord de la propreté et celle-ci est toujours difficile à obtenir. Il est très délicat de définir ce qu'on entend par propreté ; les Anglais eux-mêmes, maîtres en la matière, n'ont trouvé que cette phrase pour l'expliquer : « La propreté c'est tout ce qui est à sa place », ils n'ont peut-être pas tort et on dirait que M. Le Dentu s'en est inspiré en faisant tous ses efforts pour que l'œil pût pénétrer partout et vérifier l'état des lieux. Pas un coin, pas un angle où le jour n'arrive et que le regard ne puisse sonder dans le nouvel amphithéâtre de Necker Arriver à ce résultat n'était pas chose facile à cause des exigences de l'enseignement. Que ne trouvait-on pas autrefois sous ces gradins qui convertissaient en cave la moitié du local consacré aux opérations ?

A Necker, il n'en est point ainsi. L'amphithéâtre est formé par une vaste carcasse hémisphérique, construite en fer et qui ressemble à un petit fragment détaché de la tour Eiffel. Le jour passe largement à travers les cornières et éclaire splendidement tous les dessous, qui peuvent être nettoyés avec la plus grande facilité. L'inclinaison des gradins est fort bien comprise et permet aux élèves de suivre l'acte opératoire sans forcer cependant le professeur qui fait les leçons à se donner, comme à l'Ecole pratique, un torticolis postérieur pour s'adresser aux derniers bancs.

Le chauffage est aussi admirablement compris C'est une circulation de vapeur sous pression qui sert de calorifère et dès lors, on n'a plus à craindre les tourbillons de poussière amenés par l'air chaud et susceptibles de servir de véhicule à tous les germes.

Des lavabos nous ne dirons rien, sinon qu'ils sont parfaits, alimentés avec de l'eau, filtrée dans le sous-sol et stérilisée par un serpentin de vapeurs. A côté de chaque robinet se trouvent des barils de verre contenant des solutions antiseptiques.

Une table d'opérations nickelée, une salle pour endormir les malades, un

ascenseur pour les faire arriver sans secousses dans la salle, complètent l'installation de cet amphithéâtre qui, comme on le voit, réalise tout ce qu'on peut souhaiter et au point de vue de l'enseignement et au point de vue de la sécurité de l'intervention.

La seule remarque que nous nous permettrons a trait à l'éclairage. Certes, une immense ouverture vitrée donne beaucoup de lumière; mais, étant donné que l'idéal d'une salle d'opérations nous paraît être, au point de vue, de l'éclairage, une cage de verre avec des stores extérieurs, nous ne serions pas éloigné de croire que la baie faite dans le plafond est peut-être un peu petite. Nous souhaitons nous tromper et l'expérience aujourd'hui faite permettra seule de se prononcer.

A Cochin, le but à remplir n'était pas le même. L'acte opératoire seul était en jeu et c'est vers sa perfection que tendaient les efforts des chefs de service, sur les indications desquels on construisait les locaux.

M. Schwartz et M. Quénu n'ont pas compris de la même façon l'aménagement de leurs salles d'opérations. Chez le premier, elles sont au nombre de deux, l'une pour les affections non suppurées, l'autre pour les suppurations; on sait, du reste, que ce chirurgien fait opérer toutes les lésions infectées par son assistant le docteur Rieffel. Les salles sont spacieuses, l'une à côté de l'autre. Elles sont inondées de lumière et fournies de tout ce qui intéresse l'intervention.

Chez M. Quénu, l'organisation est compliquée, presque difficile à comprendre. Il y a trois salles d'opérations: une pour les aseptiques, l'autre pour les septiques, la troisième... pour les erreurs de diagnostic probablement ou pour les *expectants*. Le service ne sera pas commode, sans nul doute, et plus d'un malade à opérer se trompera souvent de destination; il n'y aura pas grand mal, après tout; car, il faut le dire, les chirurgiens pénètrent dans les salles d'autopsie, voire même à Clamart, et ne tuent pas pour cela leurs malades.

Cela nous amène à parler d'une réflexion qu'on nous a rapporté avoir été faite par un maître en chirurgie qui assistait à la séance d'inauguration et qui, tout en félicitant l'administration de l'Assistance publique de sa générosité et les chirurgiens de leur zèle, disait qu'il ne faudrait cependant pas faire croire aux jeunes gens qui suivent les services et qui exerceront plus tard en province ou à la campagne, que tout ce nickel, toutes ces installations coûteuses, tout ce luxe étaient absolument nécessaires pour faire de la bonne chirurgie. Nous sommes absolument de l'avis de M. Labbé. Lister, dernièrement encore, dans une leçon d'ouverture, montrait combien simple était sa manière de procéder; mais nous pensons cependant que la chirurgie doit faire des efforts constants vers le progrès, que le côté scientifique de l'art chirurgical est intimement lié à la question humanitaire, que soigner l'un c'est servir l'autre et que toutes les améliorations qui pourront être faites dans un hôpital auront un effet utile et devront toujours être encouragées.

Aussi avons-nous admiré toutes les dispositions nouvelles réalisées dans les pavillons Pasteur et Lister. Toutes les précautions sont prises pour empêcher les poussières des calorifères de venir souiller les objets contenus dans la salle. L'air chaud passe avant d'entrer à travers des filtres, soit d'amiante, soit de coton. L'eau des lavabos a été filtrée et stérilisée.

Des étuves sèches et des autoclaves sont disposés dans des pièces destinées à la préparation des pansements. Il n'est pas jusqu'aux émanations du gaz qui, dangereuse, ont été écartées par l'interposition d'un plafond en verre entre les becs et le milieu atmosphérique de la salle.

Comme on le voit et comme nous le disions tout à l'heure, l'administration de l'Assistance publique n'a rien ménagé. Les chirurgiens titulaires des nouvelles créations ont fait comme elle et ne lui ont pas ménagé les remercîments, gages de futures améliorations.

E. R.

Les grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde

M. L. Bouveret a observé dans plusieurs cas, au moment de la défervescence de la fièvre typhoïde, un ou plusieurs grands accès fébriles débutant par un frisson très accusé et suivi d'une chute brusque de la température. L'accès est très différent des grandes contractions habituelles du déclin de la maladie, il n'est annoncé par aucun prodrome et aucune complication ne peut l'expliquer. Pendant le stade de chaleur, qui dure de huit à douze heures, le thermomètre peut monter à 41°7. Ce stade est suivi d'un stade de sueurs, de telle sorte que l'on dirait d'un accès palustre intercalé dans une fièvre typhoïde. Le plus souvent, il se produit plusieurs accès à intervalles irréguliers. Cette complication n'a pas de gravité, et les quatre malade chez lesquels Bouveret l'a observée ont parfaitement guéri ; aucun d'eux n'était paludéen et le sulfate de quinine n'a pas eu d'action. Le grand frisson de la septicémie revêt les mêmes allures et est souvent difficile à distinguer, au moins au début, car, rapidement, l'absence de toute complication, l'intégrité de l'état général dans l'intervalle des accès conduiront au diagnostic. Pour Bouveret, ces accès se rattacheraient à l'irruption brusque dans le sang d'une dose minime de principes toxique et pyretogènes, fabriqués dans les follicules lymphatiques, les ganglions mésentériques et l'aorte, et destinés à une élimination plus lente et plus progressive.

M. H. Frenkel a aussi observé un cas du genre de ceux recueillis par M. Bouveret. Sa malade a eu dix-huit à vingt accès d'une violence telle qu'ils constituaient un danger réel pour la vie; la température s'élevait brusquement à 40, 41°, pour descendre ensuite parfois jusqu'à 36°. Tantôt les dépressions étaient consécutives à l'accès, tantôt elles le précédaient.

Ce qui est remarquable dans ce fait, c'est que, à un certain moment, après avoir eu des hémorrhagies intestinales, la malade avait présenté une tuméfaction moyenne et douloureuse du foie. Or, de petits abcès hépatiques peuvent parfaitement expliquer tous les phénomènes, et M. Frenkel cite une observation de Romberg qui vient à l'appui de cette hypothèse. il s'agissait d'un typhique de 34 ans qui, après avoir eu des hémorrhagies intestinales, présenta, à partir du vingt-quatrième jour de sa maladie, de grands frissons et un ictère intense. La mort survint le huitième jour après le premier frisson, et l'on trouva, entre autres lésions, des thromboses mésentériques, une thrombose de la veine porte en voie de fonte purulente et de très nombreux petits abcès du foie.

Les accidents évoluèrent de la manière suivante : Les hémorrhagies intestinales sont l'indice de thromboses mésentériques ; à un moment donné, ces thromboses suppurent et il se produit des abcès du foie entraînant les accès fébriles. L'absence d'ictère ne suffit pas pour faire éloigner cette idée, car les abcès miliaires peuvent parfaitement évoluer sans entraîner ce symptôme.

Enfin, il faut toujours, dans les cas de ce genre, songer à la possibilité du rappel d'une fièvre intermittente commune. La malade de M. Frenkel revenait d'Italie, et il est évident que, pour elle, cette hypothèse est discutable.

On devra donc, en présence de ces grands accès, penser soit à la malaria, soit à une septicémie secondaire tirant son origine de quelque foyer profond. Bien que cette dernière pathogénie soit repoussée par M. Bouveret, c'est elle qui nous semble la plus rationnelle.

Recherches sur les modifications de l'excrétion de l'urée au cours de certaines maladies chirurgicales et surtout après les grandes opérations.

(Note de M. Just Championnière présentée par M. Guyon, à l'académie des sciences).

Dans l'étude des maladies chirurgicales, on a cherché à tirer des examens de l'urine des éléments de diagnostic et de pronostic. En outre des grandes cachexies albuminuriques et diabétiques, on a pensé trouver dans la détermination du taux de l'urée un secours précieux pour le diagnostic. La diminution de l'urée chez les sujets atteints de cancers viscéraux a même paru, à certains chirurgiens, constituer un signe pathognomonique de ces cancers.

Depuis six années, j'ai fait étudier tous les grands opérés de mon service. Antérieurement, j'avais fait faire cette étude pour certains d'entre eux seulement et les conclusions qui suivent, obtenues après plusieurs centaines d'examens, sont sensiblement différentes de celles admises jusqu'ici.

La diminution du taux de l'urée, qui, du reste, s'accompagne habituellement d'une diminution parallèle de la quantité de liquide urinaire rendue, est bien loin de caractériser toujours les cancers viscéraux. On la trouve surtout dans les cas où ces cancers ont déjà déterminé une déchéance organique considérable ; dans le cas où la santé générale est conservée, le taux est souvent voisin de la normale.

Cette diminution m'a paru plus commune dans les cancers viscéraux. On peut voir dans ces cas l'urée quotidienne abaissée de 6 gr. à 5 gr., même à 3 gr.

Toutefois, même avec les cancers des ovaires, on peut trouver le taux de l'urée à peu près normal. J'ai depuis longtemps considéré cette condition comme favorable au point de vue opératoire. Ayant tenu compte de ces renseignements pour mes opérations, j'ai vu la mortalité si grave de ces sortes d'opérations faire place à des proportions de guérison véritablement satisfaisantes.

Mais, si j'ai trouvé que bien des maladies malignes s'accompagnaient encore d'un taux d'urée assez élevé, j'ai pu constater que certaines mala-

dies non malignes des ovaires s'accompagnaient fréquemment d'une diminution extraordinaire du taux de l'urée. Ce sont surtout les petites lésions des ovaires, les ovarites à petits kystes désignées aussi sous le nom d'*ovarites scléro-kystites*, qui ont présenté cette particularité. Dans ces cas l'abaissement du taux de l'urée témoigne d'une cachexie grave. Il nous fait comprendre que ces maladies des ovaires, que l'on considère d'ordinaire comme compatibles avec la survie, détruisent la santé générale et mettent indirectement la vie en péril et méritent l'attention du médecin.

Si, chez ces cachectiques, on veut faire impunément des opérations, soit l'ablation des ovaires malades, il faut, par des soins, par le repos, par le régime, faire se remonter, au moins passagèrement, ce taux de l'urée.

Augmentation de la décharge de l'urée après les grandes opérations. — Quel que soit le taux primitif de l'urée dans l'urine aussitôt après l'opération, ce taux augmente dans d'extraordinaires proportions. C'est du premier au troisième jour après l'opération que se produit cette augmentation. Le maximum est ordinairement atteint le troisième jour, quelquefois le second. Cette élévation est d'autant plus remarquable qu'à ce moment on ne pourrait la mettre sur le compte des *ingesta*. L'opéré que je soigne est toujours à la diète dans cette période.

Il est commun que le taux de l'urée soit triplé, il est souvent doublé. Si le chiffre était bas, il peut être proportionnellement énorme. Je l'ai vu passer de 5 grammes à 25 grammes. Dans un cas de chiffre premier plus normal, j'ai vu, chez une femme, après fixation de l'utérus à la paroi abdominale, le chiffre de l'urée excrétée passer de 13 grammes à 45 grammes le troisième jour.

En somme, il faut considérer cette élévation du taux de l'urée dans l'urine comme une conséquence directe des suites des opérations.

Au bout de quelques jours ce maximum s'abaisse, le sujet revient au voisinage de la normale, et si on l'avait trouvé très cachectique avec des abaissements habituels de l'urée, à la suite de l'opération qui l'a guéri, on le retrouve avec des chiffres normaux après la guérison.

J'ai ainsi retrouvé entre autres une femme, guérie par l'ablation d'ovaires à petits kystes, qui présentait 25 grammes d'urée quotidienne, alors qu'au moment de l'opération on n'avait constaté que 7,8 ou 10 grammes comme maximum.

Cette décharge nécessaire d'urée peut être expliquée par l'ébranlement du système nerveux, soit par la résorption des épanchements sanguins, soit surtout par la résorption d'éléments anatomiques nombreux compromis par le traumatisme.

En tous cas, au point de vue de la pratique chirurgicale, elle demande un rein, sinon sain, du moins suffisant.

Pour l'accomplissement de cette fonction, le rein doit être aidé dans la mesure du possible. Or le premier secours qu'on puisse lui donner, c'est de ne pas ajouter à ses nécessités d'élimination par l'administration des purgatifs. Cette administration qui m'a toujours paru plus particulièrement précieuse dans la chirurgie abdominale, doit être faite après toutes les opérations.

On revient ainsi, par suite d'une observation scientifique rigoureuse, à

deux pratiques de la chirurgie du passé, trop abandonnée de nos jours, la diète et les purgatifs dans les jours qui suivent les opérations.

J'estime donc que l'examen du taux de l'urée doit précéder et suivre toutes les opérations. Il donne de précieuses indications sur l'état de la santé générale du sujet et sur certaines préparations qu'il est nécessaire de lui faire subir.

Cet examen nous apprend aussi que l'opéré étant tenu de consommer une partie de lui-même, il n'y a pour lui aucune nécessité d'alimentation immédiate. Au contraire, cette alimentation peut être pernicieuse.

D'après certains faits que j'ai observés, il y aurait intérêt à étudier chez les sujets à opérer non seulement ceux qui présentent une diminution de l'urée, mais aussi ceux qui en présentent un excès. J'ai vu survenir certaines complications opératoires chez des sujets qui, avant toute opération, avaient eu dans l'urine des excès considérables d'urée.

Action de l'électricité sur les microbes

Chacun connaît le procédé d'électrisation tout particulier dû à M. d'Arsonval, procédé qui consiste essentiellement à faire passer dans un solénoïde un courant à très haute fréquence (800,000 oscillations par seconde environ), et à plonger, dans l'intérieur de ce solénoïde, les êtres vivants sur lesquels on veut expérimenter. Grâce à l'énorme induction que développe un pareil système, les corps plongés dans ce solénoïde deviennent le siège de nouveaux courants induits qui se forment dans l'intimité des tissus et circulent autour de chaque molécule avec la fréquence qui vient d'être indiquée.

On sait que les animaux supérieurs supportent fort bien ces courants. Or MM. d'Arsonval et Charrin ont recherché comment un microbe, — dont la biologie, bien étudiée par M. Gessard et par M. Charrin, est des mieux connues, le bacille pyocyanique, — réagirait à cette forme d'énergie électrique.

Les notions que l'on possède relativement à l'influence que l'électricité exerce sur les microbes, quoique des plus rudimentaires, renferment des contradictions. Peu d'auteurs ont abordé cette question. Le plus souvent même, ce fluide n'est intervenu qu'indirectement, en dégageant de la chaleur ou en mettant en liberté un corps à l'état naissant. Dans les recherches dont il s'agit ici, le courant agit par lui seul et d'une manière immédiate.

Une culture de la bactérie pyocyanogène est placée dans le solénoïde dont il vient d'être parlé. Au début de l'expérience, on sème sur un premier tube d'agar deux gouttes de cette culture. On fait ainsi après 10, 20, 60 minutes; on reporte la culture sur un second, sur un troisième, sur un quatrième tube; puis on met ces quatre tubes à l'étuve.

Le simple examen de ces tubes montre que, dans tous, le bacille végète abondamment; sa pullulation est sensiblement égale; sa forme n'a pas subi de grands changements; il en est de la sorte pour ses fonctions pathogènes. Toutefois, le pouvoir sécrétoire des pigments a été modifié. Tandis que les deux premiers tubes offrent une teinte d'un bleu vert intense, à peine affaiblie dans le second, les deux derniers présentent un reflet verdâtre peu accentué. A n'en pas douter, sa puissance chromogène a été touchée.

Ainsi, il paraît démontré qu'un nouvel agent physique, l'électricité, — on a déjà étudié l'action de la chaleur, de la lumière, du mouvement, — peut agir sur le monde des

bactéries, sur les cellules vivantes; et l'on comprend ainsi comment l'état électrique de l'air devient capable d'une action sur les virus, au besoin sur le génie épidémique, qui dépend, en partie, des conditions cosmiques. MM. d'Arsonval et Charrin ajoutent avec raison que cette même électricité doit également agir sur la vitalité de nos tissus, autrement dit sur le terrain, et, comme conséquence, sur la gravité ou la bénignité de certaines maladies.

On savait, d'autre part, la grande influence des orages, d'observation banale, sur l'activité de certains ferments, le ferment lactique, par exemple. Cette action sur la fonction chromogène, qui peut être, à de certains égards, comme la virulence elle-même, considérée comme une *fonction de luxe* de quelques microrganismes, est un nouvel argument qui autorise à étendre à la virulence elle-même une sensibilité dont l'existence paraît bien établie.

(*Revue scientifique.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Sommaire : Le stérésol. — Thoracoplastie. — Considérations sur les néphrites. — Traitement du pied bot varus équin par l'ablation de la plupart des os du torse.

M. Berlioz (Grenoble) fait connaître la composition et le mode d'emploi du vernis antiseptique adhérent aux muqueuses et à la peau auquel il donne le nom de *stérésol* : gomme-laque purifiée, 270 grammes; benjoin purifié, 10 grammes; beaume de Tolu, 10 grammes; acide phénique cristallisé, 100 grammes; essence de cannelle de Chine, 6 grammes; saccharine, 6 grammes.

M. Verneuil présente au nom de M. Guérin un jeune malade que ce chirurgien a opéré pour une fistule pleurale consécutive à une pleurésie purulente et datant de 2 ans et demi. M. Quénu a appliqué en le modifiant pour l'adapter aux indications spéciales présentées par le malade son procédé de thoracoplastie sur lequel, l'an dernier, M. Verneuil avait fait un rapport favorable.

Dans le cas présent, l'énorme cavité qui résistait siégeait tout à fait en arrière, M. Quénu a fait porter sa section pleuro-costale (avec excision d'un centimètre de chaque côté) entre l'omoplate et la colonne vertébrale d'une part, le bord postérieur de l'aisselle, d'autre part. Il a ainsi obtenu un large plastron de thorax supportant le membre inférieur, très mobilisable, qu'il a enfoncé en dedans et en arrière à la rencontre du poumon. Les suites opératoires ont été des plus simples malgré une albuminurie ancienne, et la cautérisation était complète au bout de 65 jours. Les mensurations faites et les photographies montrent nettement que l'omoplate du côté opposé s'est rapproché de la ligne des apophyses épineuses, sans qu'il existe une déviation bien sensible de ces dernières.

Ces résultats n'auraient pas été facilement obtenus avec l'opération d'Estlander, car on n'aurait guère pu songer à aller reséquer des côtes sous l'omoplate.

Il s'agissait d'une pleurésie à streptocoques; si l'on avait eu affaire au bacille tuberculeux, le chirurgien n'aurait pas tenté l'opération.

M. Dieulafoy est venu apporter à la tribune de l'Académie quelques considérations sur les symptômes du mal de Bright, et en particulier sur l'albuminurie.

Il se plaint qu'on accorde une importance trop grande à la présence où à l'absence d'albumine dans les urines.

Ainsi, dans l'urémie brightique, on n'osera pas reconnaître l'origine réelle de l'affection si l'on n'a pas trouvé d'albumine dans les urines. Et pourtant, elle se manifeste plus souvent qu'on ne le pense, et cela, sous des aspects qui varient à l'infini. On connaît la forme convulsive, épileptoïde, qu'on pourrait confondre avec la crise épileptique de l'état du mal ; la forme dyspnéique, qu'on pourrait confondre avec l'asthme ; la forme comateuse, la forme délirante, l'accès apoplectiforme, etc., etc. ; eh bien, encore une fois, mis sur la voie du diagnostic par des signes quelconques, qui paraissent anormaux dans la maladie que tend à arrêter l'accès, on hésite alors et on recule toujours quand on ne trouve pas d'albumine dans les urines.

On a tort.

L'albuminurie n'est qu'un signe accessoire, et il est temps de la releguer à la place qu'il doit occuper. Il existe fort bien des néphrites sans albuminurie, et M. Dieulafoy a pu en réunir 60 observations.

Et, dans ces observations, le diagnostic a été formellement établi ; chez les uns, par les résultats fournis par l'autopsie ; chez les autres, par l'observation d'accès antérieurs contenant *tous* les signes du mal de Bright ou de néphrites autres, y *compris l'albuminurie ;* chez d'autres, enfin, par l'expérience de Bouchard sur la toxicité urinaire. Eh bien, tous ces malades, *pendant le temps qu'ils ont passé à l'hôpital,* temps variable de plusieurs jours à plusieurs mois, n'ont point présenté de traces d'albuminurie dans les urines.

Il est d'ailleurs possible de faire le diagnostic du mal de Bright sans avoir recours à la présence de l'albumine : celle-ci n'est ni indispensable ni nécessaire. Il est une foule d'autres symptômes, en apparence moins importants et ordinairement négligés, qui, étudiés soigneusement et soigneusement suivis, peuvent mettre sur la voie du vrai diagnostic. M. Dieulafoy les énumère ces symptômes : c'est une hypoacousie allant quelquefois jusqu'à la surdité ; c'est une cryesthésie préventive, une sensation de froid qu'aucun vêtement ne peut atténuer et qui est ressentie surtout aux genoux ; c'est ce fourmillement bizarre qui fait dire au malade qu'un cheveu s'est glissé dans son dos ; c'est la sensation de doigt mort, si troublante pour le malade ; c'est la pollaklurie, à l'âge où la prostate n'a encore rien à faire ; c'est l'épistaxie matutinale légère, prélude des grandes hémorrhagies du mal de Bright confirmé, etc., etc.

« En somme, conclut M. Dieulafoy, ce qui fait la gravité d'une néphrite ce n'est pas ce qui passe dans l'urine, c'est ce qui n'y passe pas : c'est le degré de dépuration urinaire qui impose le pronostic. »

M. Dieulafoy reviendra dans une séance prochaine sur les rapports du brightisme avec l'arthritisme et la goutte, avec la syphilis, avec l'anémie et la chlorose.

M. Lucas-Championnière, dans le traitement des formes graves du pied-bot varus équin, conseille de réséquer l'astragale ainsi que tous les os du tarse qui gênent le redressement. C'est ainsi qu'il a enlevé l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde, les cunéiformes, et même plusieurs fois la partie antérieure du calcanéum. Si l'antisepsie est parfaite, la réparation de ces plaies est d'une simplicité telle qu'on doit s'abstenir de tout appareil inamovible, en mobilisant très vite les pieds opérés, on obtient une souplesse suffisante.

Élection. — M. le professeur Debove a été élu dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Desnos, par 56 voix, contre 5 à M. Hallopeau, 3 à M. Laveran, 1 à M. Ferrand, 1 à M. Huchard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 juin 1893. — Présidence de M. Chauveau.

M. Féré a essayé la méthode brown-séquardienne sur 9 malades de son service de Bicêtre, 1 hystérique et 8 épileptiques. Les injections de suc testiculaire ont été continuées pendant un et deux mois; les résultats ont été absolument négatifs au point de vue curatif. En ce qui concerne l'action sur l'état général, 2 malades en traitement n'ont retiré aucun bénéfice de la méthode et les 7 autres ont présenté un amaigrissement notable. Ces faits sont donc absolument en contradiction avec ceux, très nombreux, annoncés par M. Brown-Séquard.

M. Féré fait ensuite le procès d'un second procédé indiqué par M. Brown-Séquard. Cet auteur avait rapporté que les individus affaiblis qui, par des excitations génésiques, activaient la sécrétion testiculaire, mais n'allaient pas jusqu'à l'éjaculation, retiraient un grand bénéfice de la résorption testiculaire. M. Féré signale le fait d'un homme qui se livra à ces pratiques brown-séquardiennes et qui, loin de retrouver une vigueur qui lui échappait, tomba dans une impuissance absolue; cette thérapeutique dynamogénique eut les mêmes effets que la débauche habituelle.

M. Brown-Séquard déclare n'avoir jamais conseillé la masturbation comme thérapeutique.

M. Féré relit la première communication de M. Brown-Séquard et montre que, si cet auteur n'a pas prononcé le mot, il a tout au moins conseillé la chose.

M. Brown-Séquard s'indigne, proteste et invective... et dit que, si M. Féré n'a retiré aucun bénéfice de la méthode des injections du suc testiculaire, c'est qu'il s'est adressé à des sujets qu'il savait bien ne pas devoir profiter du traitement.

— M. Brown-Séquard, se basant sur ces considérations que, dans les cas d'anurie complète avec intégrité des reins, il ne survient jamais d'accidents urémiques, que ces accidents urémiques se produisent, au contraire, lorsqu'il y a altération de la substance rénale, émet cette hypothèse que l'urémie est empêchée par la production d'une sécrétion rénale interne; ce qui le prouve encore, c'est que les animaux auxquels on enlève les reins présentent une survie bien plus considérable lorsqu'on leur pratique des injections de suc rénal.

— M. Dastre a recherché sur les animaux les *effets du dératement sur la croissance;* il n'a constaté aucune modification dans l'état général des jeunes animaux à la suite de l'extirpation complète de la rate.

— M. Toulouse a constaté chez les aliénés une diminution notable de la force dynamométrique dans les deux mains, et pense que ce fait tient à des conditions physiques et psychiques.

— M. Charrin présente des cœurs de lapins qui montrent les cavités dilatées par suite des inoculations de produits du bacille pyocyanique.

— M. Thilohan montre une épinoche portant sur les parties latérales de l'abdomen une énorme tumeur.

M. Gley dépose une note de M. Legrain sur l'origine infectieuse des chéloïdes.

— M. Mergier présente un appareil destiné à mesurer l'amétropie.

— A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret. — A. M.

Empoisonnement par le laudanum. — Arrêt de la Cour de Beauvais

Il s'agit d'une sage-femme donnant ses soins à une accouchée et ayant fait une ordonnance pour 10 grammes de laudanum qui furent délivrés par un pharmacien.

Deux jours après, la grand-mère du nouveau-né, croyant lui donner du sirop de chicorée, prit la fiole de laudanum, qui se trouvait sur la cheminée, et en administra à l'enfant 4 ou 5 grammes, qui occasionnèrent sa mort.

Le ministère public poursuivit la sage-femme et le pharmacien comme coupables d'homicide par imprudence et inobservation des règlements, la première comme ayant exercé illégalement la médecine en délivrant une ordonnance, le deuxième comme ayant, sans la prescription d'un médecin, délivré une substance vénéneuse.

La sage-femme soutenait qu'autorisée à donner aux accouchée tous les soins qui n'exigent pas d'opérations particulièrement délicates, elle pouvait croire être également autorisée à fournir par ordonnance les médicaments nécessaires.

Mais pour le pharmacien, la question était encore plus délicate. L'ordonnance royale du 29 octobre 1846, qui donne le tableau des substances vénéneuses tombant sous le coup de la loi, ne parle pas en effet de laudanum, mais seulement de l'opium, et, tandis que, pour plusieurs produits, comme l'arsenic, par exemple, elle ajoute « et ses préparations », elle n'avait rien dit de semblable pour l'opium. La liste de cette ordonnance est-elle limitative, et l'interdiction pour les pharmaciens de délivrer des substances vénéneuses s'applique-t-elle aux seules substances inscrites dans cette liste, ou aussi aux mélanges et composés de ces substances. La question paraît être neuve en jurisprudence, la cour de cassation ne l'ayant examinée que pour le chlorhydrate de morphine, qui rentre dans la nomenclature « alcaloïdes végétaux et leurs sels », défendus par l'ordonnance.

La défense avait appelé à titre de témoins à décharge MM. Chassaing, professeur agrégé à l'École de pharmacie, et Viljean, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; tous les deux ont déposé que les pharmaciens pouvaient, à leur avis, délivrer et les sages-femmes prescrire du laudanum, l'un deux a même ajouté qu'il en enseignait l'emploi dans les cours qu'il faisait aux sages-femmes et nous pouvons ajouter que nous pensons absolument comme eux. Qui de nous, en effet, n'a pas donné souvent des ordonnances pour une quantité de laudanum suffisante pour empoisonner bien des gens, en se mettant à l'abri par l'étiquette rouge « usage externe ».

Le ministère public, représenté par M. Chênebenoît, n'en a pas jugé ainsi. Il a soutenu qu'en tout cas les pharmaciens ne pouvant, en vertu de la loi initiale de la pharmacie du 21 germinal an XI, délivrer sans ordonnance aucun médicament composé, ils ne pouvaient délivrer du laudanum; que, du reste, l'ordonnance de 1846, faite pour protéger la santé publique, ne pouvait avoir entendu exclure des substances aussi éminemment vénéneuses par la seule raison qu'elles étaient composées ; qu'en outre elle serait presque toujours, avec cette interprétation, d'une application impossible, les substances étant délivrées à l'état simple ; et qu'enfin le laudanum tombait certainement sous le coup de la loi, l'opium étant son élément essentiel et les autres éléments étant indifférents.

Le tribunal, sous la présidence de M. Gaillard, a jugé, conformément à ces conclusions, que le pharmacien et la sage-femme étaient coupables du délit d'homicide par imprudence et inobservation des règlements ; par application de la loi du 21 germinal an XI, de l'ordonnance de 1845, leur bonne foi étant reconnue, il les a condamnés, consolons-nous, à 16 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger.

FORMULAIRE

PANSEMENT DES PLAIES PAR ÉCRASEMENT (Reclus)

Après lavage antiseptique minutieux, on bourre les diverticules de la plaie avec de la gaze iodoformée, imprégnée de la pommade ci-dessous :

Vaseline		50 grammes
Acide borique	ãã	3 —
Salol		
Antipyrine		
Iodoforme		1 —
Sublimé		0 gr. 05

Puis enveloppement par des couches épaisses d'ouate hydrophile et bandage roulé compressif.

COURRIER

Un des jeunes chirurgiens les plus distingués, les plus aimés de Lyon, M. le docteur Emile Blanc, vient de mourir victime du devoir professionnel.

A la suite d'une manœuvre pour extraire des débris placentaires sur une de ses malades atteinte d'accidents puerpéraux graves, il fut pris de septicémie suraiguë et fut enlevé en quatre jours, sans que l'infection pût être enrayée par les débridements et les cautérisations les plus larges.

Nous nous associons à la douloureuse émotion que M. Poncet, au nom de ses collègues de Lyon, a si vivement exprimée dans le *Lyon médical*.

INCIDENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. le Dr Tourneux, professeur d'histologie, affichait lui-même il y a quelques jours, sur les murs de la Faculté, l'avis suivant : « M. le Recteur, sur la proposition de M. le Doyen, ayant cru devoir diminuer de 900 francs l'allocation du service de l'histologie (cours et travaux pratiques) fixée par le Conseil de la Faculté à 2,200 francs, et les dépenses engagées à la date du 12 mars 1893 dépassant déjà la somme restante de 1,300 francs, le professeur d'histogie se voit dans la cruelle nécessité d'interrompre, jusqu'à nouvel ordre, les travaux pratiques d'histologie. » Le leudemain, le doyen, l'excellent M. Caubet, faisait apposer une affiche annonçant aux élèves que les travaux ne subiraient pas d'interruption, et ordonnait au chef des travaux d'histologie de les continuer, coûte que coûte :

UN FOUR CRÉMATOIRE A GLASCOW. — Un mémoire provenant d'une Société de Crémation de Glascow, a été présenté à la Commission du cimetière de Glascow demandant la permission de construire un four crématoire, une chapelle pour services funèbres et un colombarium pour y déposer les urnes cinéraires. Le mémoire a été remis aux directeurs de la Maison des Marchands, qui l'ont publié dans leur rapport, afin de connaître l'état de l'opinion publique (*Medical Record*, 26 novembre 1892).

CONCOURS POUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE. — L'Association de la presse américaine fonde un prix de qui sera décerné, sur l'avis d'un comité de médecins, à l'auteur du meilleur travail sur les causes et le traitement de la phthisie. Les médecins du nouveau et de l'ancien continent sont invités à prendre part à ce concours.

(*Revue de la Tuberculose.*)

L'ANCIENNE FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le Syndicat des médecins de la Seine vient d'adresser au Conseil municipal de Paris une pétition pour réclamer la conservation des bâtiments de l'ancienne Faculté de médecine érigée au XVe siècle. Ce monument est situé à l'angle des rues de la Bûcherie et de l'Hôtel Colbert; il se compose :

1° D'une immense salle du XVe siècle commencée en 1472 et percée sur trois de ses faces de larges baies en ogive ;

2° D'un amphithéâtre circulaire, couronnée d'une coupole et dans un très bon état de conservation. Edifié en 1744, cet amphithéâtre, dit « de Winstow », a conservé le nom du célèbre médecin qui l'inaugura.

Il n'est pas douteux qu'il serait intéressant de conserver le premier monument élevé à Paris pour y donner l'enseignement médical. Cette pétition, nous n'en doutons pas, recevra l'approbation de tous nos confrères.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

Brest. — MM. 1. Guézennec; 2. Dubut; 3. F. Kergrohen; 4. Laugier; 5. Vergos; 6. Négadelle.

Cherbourg. — MM. 1. Pélissier; 2. Deblenne; 3. Fras; 4. Branellec; 5. Salaun; 6. Nollet.

Lorient. — MM. 1. Vaucel; 2. Bahier; 3. Thomine; 4. Ropert; 5. J. Kergrohen; 6. Palasne de Champeaux; 7. Du Bois Saint-Séverin.

Rochefort. — MM. 1. Gouyon de Pontouraude; 2. Dufour ; 3. Julien-Laferrière ; 4. Mialaret; 5. Gorron; 6. Touchet; 7. Lassabatie; 8. Planté; 9. Torel; 10. Mercié; 11. Brou-Duclaud; 12. Tardif; 13. Machenaud.

Toulon. — MM. 1. Durand; 2. Gauran; 3. Ourse; 4. de Bonadona; 5. Amouretti; 6. Cauvet; 7. Aubert; 8. Pons; 9. Jabin-Dudognon; 10. Sigaud; 11. Durbec; 12. Philip; 13. Boutin; 14. Couteaud; 15. Théron; 16. Reynaud; 17. L. Alix; 18. Barrême; 19. Curet; 20. Raffaëlli; 21. Cognes; 22. Poulain.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

De la prétendue hérédité du rachitisme

par le docteur Jules Comby, médecin des hôpitaux.

Il ne sera pas question dans cette note de l'hérédité indirecte, à laquelle tout le monde peut se rallier, mais seulement de l'hérédité directe, similaire, que je conteste absolument.

Il est évident que tout nouveau-né sur lequel pèse une hérédité fâcheuse, quelle qu'elle soit (syphilis, tuberculose, alcoolisme, cachexies diverses), sera prédisposé au rachitisme par le fait même de sa faiblesse native, et de l'entrave que cette faiblesse apporte fatalement à la croissance et au développement corporel. Le rachitisme se montrera chez ces enfants dégénérés avec plus de fréquence que chez les enfants vigoureux et francs de toute tare héréditaire. Cela est incontestable et je crois incontesté.

Mais on a voulu établir que le rachitisme des parents se transmettait directement aux enfants, en un mot, que le rachitisme, maladie acquise le plus souvent, pourrait être parfois une maladie héréditaire.

Dans cette hypothèse, l'enfant issu de parents rachitiques, devrait, quels que fussent son régime alimentaire et son hygiène générale, aboutir fatalement au rachitisme ; il porterait en lui le germe de la maladie.

Si le rachitisme était une maladie infectieuse comme la syphilis, la tuberculose, ou diathésique comme la goutte, le diabète, l'obésité, la transmission héréditaire, loin de nous surprendre, nous semblerait toute naturelle.

Mais il n'en est rien ; on ne naît pas rachitique, on le devient ; si le rachitisme est une maladie dyscrasique comparable aux diathèses, cette dyscrasie est immédiatement et étroitement subordonnée aux troubles nutri-

FEUILLETON

Polyphobies

Les quelques espèces animales qui font avec nous commerce d'amitié nous communiquent, on le sait, avec largesse, une très grande variété de maladies. Pour nous en tenir à celles qu'énumérait récemment le professeur Verneuil, nous tenons « du chien la rage et les échinocoques; — du cheval, la morve, le farcin, le horse-pox et le tétanos ; — du mouton et du bœuf, les maladies charbonneuses; de ce dernier, par surcroît, le cow-pox, l'actinomycose, un des tœnias, la tuberculose et peut-être la scarlatine ; — des gallinacées, très vraisemblablement, la diphtérie. » La liste est longue, lugubre et, pourtant, elle n'est pas close. On se demande aujourd'hui si le porc n'est pas, à lui seul, plus redoutable que tous les autres et si ce n'est pas de lui que viendrait le plus craint et le plus horrible de nos maux : le cancer.

Ce n'est point certain, ce n'est même pas encore probable, mais c'est déjà possible. Or nous subissons tout cela sans exercer les moindres représailles, sans jamais contagionner autre chose que nos semblables et nous monopolisons la fièvre typhoïde, le typhus

tifs d'une certaine période de la croissance ; c'est la maladie des nourrissons, qui se montre dans les dix ou vingt premiers mois, qui n'apparaît pas après la troisième année.

Je sais bien qu'on a décrit un rachitisme congénital et un rachitisme des adolescents ; mais ces variétés sont des exceptions qui s'expliquent d'ailleurs sans faire intervenir l'influence héréditaire directe.

Pourquoi donc a-t-on parlé et parle-t-on encore de l'hérédité du rachitisme ? Une famille se présente à l'observateur dans les conditions suivantes : un, deux, trois enfants ou davantage sont rachitiques à un très haut degré ; ils ne commencent à marcher qu'à 2 ou 3 ans, ils ont des déformations osseuses passagères ou permanentes ; on interroge les parents, on apprend que la mère ou le père, quelquefois tous les deux, ont également été rachitiques, ont marché tard, etc.

Alors l'idée de transmission héréditaire se présente naturellement à l'esprit.

Je me suis souvent trouvé en présence de familles semblables ; mais, après avoir envisagé l'hypothèse de l'hérédité, je ne m'y suis pas arrêté, j'ai poursuivi mon interrogatoire, et constamment j'ai relevé les particularités suivantes, qui éclairent vivement la question de l'hérédité rachitique. Sans doute toute la famille qui s'est présentée à votre observation est rachitique, depuis le père et la mère jusqu'au dernier des enfants. Mais pourquoi ? Je vais vous le dire :

Les enfants n'ont pas été nourris au sein ; la mère n'avait pas de lait, elle leur a donné le biberon, puis la soupe, les légumes, et toutes sortes d'aliments trop indigestes et trop grossiers pour des nourrissons. Si elle a essayé de donner le sein, elle n'a pas pu continuer, la sécrétion lactée s'étant tarie parce qu'elle n'avait pas d'appétit et ne digérait pas bien. Et ici je demande la permission d'ouvrir une parenthèse. J'ai dit, dans un livre récent (1), et cette assertion a fait sourire quelques critiques, qu'une femme

(1) *Le Rachitisme*. — Paris, 1892.

---

et le choléra. Aussi n'ai-je pas peu de plaisir à vous faire part d'un fait de contagion très net de l'homme à l'animal. C'est une revanche encore isolée mais qui ouvre la porte à l'espérance et l'on peut s'en réjouir très franchement, sans méchanceté, partant sans remords, car elle est plus drôle qu'elle n'est grave.

Une dame était atteinte d'agoraphobie. Traverser à pied une place publique, un carrefour, une rue même, descendre d'un trottoir sur la chaussée, la jetait dans des transes mortelles ; c'était une angoisse, une terreur atroces. L'affection est sans doute ancienne, si le mot qui la désigne est nouveau ; elle présente en tous cas des modalités diverses. J'ai connu un fort brave et fort excellent homme, d'une intelligence droite et sûre, d'une santé par ailleurs parfaite, qui en présentait une forme bizarre. Il ne pouvait pas franchir les ruisseaux ; il ne le pouvait pas lorsqu'il était seul, car au bras d'un ami ou simplement accompagné par lui, il les sautait avec la plus grande désinvolture. Mais, tout seul, il ne s'y résignait qu'à la dernière extrémité et il lui fallait déployer, pour ce faire, beaucoup d'énergie et beaucoup d'efforts. Il fréquentait, avec quelque assiduité, un café situé dans un pâté de maisons entouré de ruisseaux sur trois côtés. Pour aborder le côté libre il fallait faire un détour assez long. Aussi, lorsque sonnaient les heures consacrées, le voyait-on arpenter anxieusement la place qui s'étendait devant ce café, se dé-

qui avait été rachitique ne pouvait pas faire une bonne nourrice, et que peut-être il fallait attribuer la rareté des bonnes nourrices mercenaires à la fréquence toujours plus grande du rachitisme dans les pays à industrie nourricière. Or, voici comment j'ai essayé de justifier cette affirmation.

Le rachitisme, avant d'être une maladie des os, est une maladie du tube digestif ; la plupart des rachitiques, sinon tous, entrent dans le rachitisme par la dyspepsie ; cette dyspepsie, qui a précédé le rachitisme, lui survit longtemps, et quand on suit les jeunes malades, on les voit passer par les phases suivantes : première phase, boulimie, surcharge et dilatation de l'estomac, polidypsie ; deuxième phase, anorexie, polydipsie, amaigrissement, pâleur, constipation ; troisième phase, dyspepsie chronique, anorexie habituelle, anémie, état languissant de toutes les fonctions.

Pour être une bonne nourrice, il faut avoir un bon estomac, c'est-à dire un estomac capable d'absorber et de digérer une grande quantité d'aliments ; or, la plupart des nourrices mercenaires ont un mauvais estomac ; elles ont été, dans les pays qui les fournissent habituellement, allaitées artificiellement comme le sont leurs propres enfants, elles ont été plus ou moins rachitiques, elles sont restées dyspeptiques.

C'est cette dyspepsie qui explique les changements incessants auxquels on est condamné trop souvent quand on fait appel aux bureaux de nourrices de Paris.

Dans les familles rachitiques auxquelles je faisais allusion tout à l'heure, j'ai précisément retrouvé chez la mère, quand elle avait été rachitique, cet état dyspeptique qui l'empêchait de mener à bien l'allaitement de ses enfants.

Une femme se présente au dispensaire de la Villette, le 4 octobre 1889, avec trois enfants rachitiques : l'aîné, âgé de 8 ans, n'a commencé à marcher qu'après 3 ans ; le second, âgé de 5 ans, ne marche pas encore, il a des nodosités épiphysaires et des incurvations diaphysaires ; le troisième, une petite fille de 2 ans et demi, est également rachitique. Ces enfants n'ont pu être nourris par leur mère, pour cause d'insuffisance de lactation, ils ont

---

tourner cent fois, chercher du regard quelque figure amie, dont l'aide lui adoucit le dur passage. Trouvait-il ce secours, sa figure jusqu'alors inquiète s'épanouissait, devenait souriante ; il accablait, littéralement, son sauveur de ses amabilités et l'on avait toutes les peines du monde à se soustraire à l'offre obstinée d'un bock ou d'un vermouth. Restait-il seul, après beaucoup d'allées et venues il se dirigeait sans hâte vers l'obstacle, s'arrêtait au bord, s'épongeait le front plusieurs fois, roulait une cigarette avec les plus savantes lenteurs, frottait vingt allumettes sans réussir à se procurer du feu, puis, prenant son parti en brave, il se mettait en devoir... de faire le long détour.

La sortie de l'établissement était quelquefois moins difficultueuse. Il ne serait peut-être pas très difficile d'en dire la raison, mais je craindrais que ce ne fût indiscret et je me tairai là-dessus, au risque de passer pour un observateur superficiel et léger. Les jours où le mystérieux motif de courage faisait défaut, notre homme recommençait la cérémonie de l'entrée. Il roulait indéfiniment la même cigarette, sans jamais l'achever ; puis, longuement, faisait les cent pas devant la porte de l'estaminet, attendait, comme une bonne fortune, la sortie de quelques autres habitués. Ceux-ci (les deux cas se présentaient) tantôt ayant plus soif buvaient plus copieusement, tantôt moins altérés, buvaient plus lentement, de sorte que personne ne sortait. Alors, après quelques tentatives

tèté le biberon. Le père n'a pas été rachitique, mais la mère l'a été et elle assure n'avoir marché qu'à 7 ans. L'hérédité du rachitisme ici n'était qu'apparente ; en réalité la maladie chez les trois enfants a été due, non pas au rachitisme maternel, mais à la mauvaise hygiène alimentaire, cause habituelle du rachitisme.

Voici un autre exemple plus récent et non moins probant : Une femme de 43 ans me conduit, le 3 mai 1893, un petit enfant de 3 ans profondément rachitique. Ce garçon, très petit (80 centimètres de taille), a une grosse tête (52 centimètres de circonférence), avec front olympien ; il ne peut pas marcher ni même se tenir debout ; il présente un double *genu valgum* rachitique et un chapelet costal très prononcé. C'est un sujet gras, atteint d'ichtyose légère ; un frère porte la même difformité de la peau.

Le ventre de cet enfant est très gros, et l'on obtient facilement, par la percussion, un bruit de clapotage au niveau de l'omblic. Le foie déborde un peu les fausses côtes. L'enfant est un gros mangeur, et surtout un grand buveur : il boit sans cesse, du lait, des tisanes, de l'eau rougie, etc. Il a souvent de la diarrhée et rend parfois un peu de sang (mélœna) ; il présente un prolapsus rectal aisément réductible. Il vient d'avoir des convulsions. Comment ce petit rachitique a-t-il été nourri? La mère a essayé de l'élever au sein, mais elle n'avait pas assez de lait, elle lui a donné le sein la nuit et le biberon le jour ; elle l'a fait manger trop tôt. Bref, il a été très mal nourri. Cette femme a eu six enfants, deux sont morts dans les premiers mois, les quatre autres sont vivants ; une fille de 12 ans a été rachitique et n'a marché qu'à 3 ans et demi ; un garçon de 9 ans, très rachitique, n'a marché qu'à 7 ans et demi ; une fille de 5 ans, un peu moins atteinte, n'a marché qu'à 2 ans et demi. Tous ces enfants ont été nourris comme leur petit frère qui m'est présenté ; la mère a essayé de les allaiter, elle n'a pas pu et a eu recours au biberon. Cette femme a elle-même été rachitique, elle me dit avoir été élevée au verre, elle n'a marché qu'à l'âge de 7 ans ; depuis cette époque elle est restée dyspeptique, elle mange peu, digère mal, et, cela étant, on comprend qu'elle n'ait pu faire une bonne nourrice.

---

de lutte, la peur l'emportant, le malheureux se décidait de nouveau à faire le grand tour.

La dame dont l'observation m'a remis ce fait en mémoire possède un chien, un bon petit toutou de coin du feu, de ceux qui ont leur chaise et leur assiette à table à côté de « maîtresse », qui ont le droit de houspiller les tapis, d'écharper le bas des rideaux et d'éventrer le velours des fauteuils pour en éparpiller le crin. La jolie petite bête dont il s'agit avait-elle toutes ces mauvaises habitudes, je ne voudrais l'affirmer car, à vrai dire, je n'en sais absolument rien, mais je me la représente ainsi.

Cette dame ne sortait jamais sans son chien, d'abord parce qu'elle l'aimait beaucoup et aussi parce qu'il lui était, dans la rue, d'un secours inappréciable ; voici en quoi : tant qu'elle filait le long des trottoirs grouillants de monde, coudoyée à chaque pas dans la foule, cela ne faisait point difficulté ; mais quand il lui fallait passer d'un côté de la rue à l'autre, son mal lui revenait. C'est alors que le chien jouait son rôle. Elle le prenait dans ses bras, se sentait réconfortée, encouragée, soutenue, la peur s'atténuait, disparaissait presque et, d'un élan, crânement, elle franchissait l'effroyable espace. Le chien, dans ces circonstances-là, c'était l'ami qu'appelait de tant de vœux le pauvre garçon dont je viens de vous conter les ennuis ; c'était le camarade qui chasse la crainte et donne du cœur. J'ignore si le fait est expliqué, mais il est bien certain que beaucoup de gens, s'ils

Là encore l'hérédité du rachitisme n'était qu'apparente ; la seule influence incriminable était, après enquête, l'alimentation vicieuse du premier âge.

Voilà ce qu'on trouvera quand on voudra bien examiner et interroger avec soin les familles des rachitiques.

En résumé, le rachitisme n'est pas une maladie héréditaire ; si l'on trouve dans une même famille, le rachitisme chez les parents et chez les enfants, cela ne prouve pas que la maladie se soit transmise des uns aux autres par hérédité directe.

Quand on veut remonter à la source des accidents, on trouve, comme toujours, un vice alimentaire qui explique d'une façon suffisante l'apparition successive du rachitisme dans les deux générations.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Il n'est pas de question qui ne soit susceptible d'intéresser la Société de chirurgie. Après s'être passionnée pour les laparotomies, les hystérectomies vaginales, nous la voyons consacrer presque deux séances entières à la discussion de cette difformité désignée sous le nom d'*orteil en marteau.*

Mercredi dernier, c'est la pathogénie de l'affection qui a surtout préoccupé les orateurs et, disons-le de suite, quelle que soit la lésion primitive ou secondaire qui engendre l'attitude anormale, c'est toujours à la résection d'après le procédé du professeur Terrier qu'il faudra avoir recours.

M. Kirmisson attire d'abord l'attention de ses collègues sur les trois types suivants qu'il ne faut pas confondre : d'abord l'orteil en marteau, proprement dit, avec sa flexion angulaire et ses rétractions portant sur le tendon, la peau et les ligaments latéraux ; celui-là est produit par une condition mécanique, l'affaissement de la voûte plantaire qui agit sur les fléchisseurs, ensuite l'orteil en griffes, difformité absolument différente qui peut être le résultat de la paralysie des interosseux, mais qui peut se montrer aussi

---

sont en compagnie d'une autre personne, ne sont nullement effrayés de choses ou de phénomènes qui les épouvantent lorsqu'ils sont seuls.

Bien souvent j'ai constaté cela pour l'orage ; je l'ai constaté en mer pour les gros temps. Dans aucun de ces cas, être deux ne constitue une sauvegarde, et cependant les transes de la peur en sont très évidemment atténuées. Presque tout le monde a dû être témoin de faits du même genre. Jusque-là donc, rien qui ne soit très ordinaire. Mais voici où cela devient plus curieux.

Cette dame, un jour, tomba malade et dut garder la chambre. Il fallut, pendant ce temps, faire sortir le chien, qui n'avait pas les mêmes raisons de rester au logis. La première fois, il se laissa mener, sans trop regimber, jusqu'au trottoir voisin, mais refusa catégoriquement d'aller plus loin ; plus tard on n'obtint même plus de lui qu'il dépassât la première marche de l'escalier : prières, menaces, sollicitations, caresses, violences, rien n'y fit. Lorsqu'on voulut l'entraîner de force, il donna de telles marques de frayeur et laissa choir sur le parquet des preuves si évidentes que cette frayeur n'était pas jouée, qu'on dût renoncer à de nouvelles tentatives. La malheureuse bête était devenue agoraphobe au contact de sa maîtresse. On ne s'en était pas douté tant qu'elles sortaient ensemble ; ces deux peurs se neutralisaient, elles faisaient un courage, comme

sans paralysie et associée avec le pied creux; enfin l'hypérextension des orteils, due à une paralysie infantile occupant tous les muscles sauf les extenseurs, et accompagnée quelquefois de chevauchement latéral de l'orteil malade.

Pour cette dernière difformité qui ne peut plus s'appeler orteil en marteau, la résection sous-cutanée du tendon extenseur suffit dans la grande majorité des cas.

Paralysie infantile ou disposition congénitale analogue à la rétraction du petit doigt, en un mot lésion à début par les parties molles, telle est l'étiologie invoquée par M. Kirmisson.

M. Félizet ne pense pas de la même manière et estime que c'est l'enfant dont l'attitude vicieuse n'a pas subi de transformation par la marche, qui doit servir à élucider la pathogénie de la lésion. Tout d'abord, si les muscles étaient en jeu, les fléchisseurs qui commandent plusieurs doigts en obéissant à un seul faisceau musculaire impressionneraient tous les orteils, pourquoi, dans ces conditions, le deuxième orteil est-il *seul* atteint dans la grande majorité des cas.

La chose est difficile à expliquer, et M. Félizet préfère adopter une autre théorie, la théorie osseuse, fondée sur les examens anatomiques de la première et de la seconde phalange. Pour ce chirurgien, la phalange croîtrait inégalement sur ses deux faces, la face plantaire et la face dorsale changeant de rapports l'une avec l'autre, les surfaces articulaires qui y attiennent suivent le mouvement, et la flexion se produit. Il y a probablement là un trouble dans l'ossification qui a lieu au moment de la croissance de l'os.

Tant que l'enfant ne marche pas, la situation vicieuse est facile à corriger par du massage et des manœuvres appropriées; mais quand l'enfant grandit, qu'il se livre à des exercices fatigants, les parties molles entrent en jeu; il se fait des contractures, des rétractions, qui sont des effets et pas des causes, mais qui n'en fixent pas moins l'articulation dans une position vicieuse.

---

deux négations font une affirmation, comme deux ondes sonores ou lumineuses font de l'obscurité ou du silence; il y avait interférence d'agoraphobie.

Cette crainte des espaces, assez récemment étudiée, est, comme la folie du toucher, quelque chose de tout à fait étrange. On découvrira encore d'autres bizarreries du même genre dont je veux vous citer de suite, comme exemple, un fait vraiment singulier.

Je connais un homme encore jeune, en pleine vigueur physique et intellectuelle, doué d'une énergie morale peu commune et d'un courage dont il eut l'occasion de fournir maintes preuves : c'est un militaire. Or, cet officier brave jusqu'à la témérité et que rien n'a jamais effrayé, connaît une crainte bizarre. Il ne peut pas, il n'a jamais pu, autant qu'il se souvienne, dormir dans une chambre dont la porte soit fermée à clef ou au verrou. Où que ce soit, dans la promiscuité plus ou moins suspecte d'un hôtel, dans la banalité moins sûre encore d'une maison garnie, il doit, s'il veut dormir, ne pas fermer sa porte.

Bien souvent, se raillant de cette obsession et comme honteux de l'éprouver, il a essayé de la vaincre et de pousser le verrou. Chaque fois il a éprouvé des terreurs insurmontables, qu'il ne sait définir, qui ne se traduisent par aucune hallucination de l'ouïe ni de la vue, mais qui amènent chez lui une sorte d'angoisse très comparable, évidem-

La discussion se termine par l'intervention de M. Chauvel, qui a mis la question sur le tapis et qui répète qu'il a voulu surtout insister sur la présence de la difformité sur le gros orteil, chose très rare, mais dont M. Delorme rapporte pourtant un nouvel exemple.

Enfin, M. Berger rappelle que le pied plat qui coïncide avec l'orteil en marteau se rencontre sur des pieds énormes, comme ayant subi un allongement capable d'agir sur les tendons fléchisseurs devenus par cela même trop courts.

Les kystes hydatiques du poumon, quoique aujourd'hui connus de tous, sont cependant relativement rares, et M. Delagénière (du Mans) en rapporte une intéressante observation.

On crut d'abord, comme cela arrive fréquemment, à une pleurésie et les ponctions amenèrent en effet un liquide séro-purulent, mais sans crochets

L'empyème fut alors pratiqué dans le septième espace intercostal ; des fausses membranes interceptant la voie furent traversées ; puis un tissu lardacé se présenta. Il fut ouvert et une cavité fut découverte en plein parenchyme. Cette poche ne contenait pas d'hydatides ; elle fut lavée, drainée ; mais ne se cicatrisa pas. Les injections produisirent, au contraire, de la fièvre et quelques petits accidents ; l'amaigrissement suivit. Bref, une deuxième intervention fut décidée. Cette fois, une partie de la huitième, de la septième et de la sixième côtes furent réséquées, afin de se donner du jour et de parer aux hémorrhagies ; le parenchyme pulmonaire adhérent aux côtes fut traversé, la poche fut saisie et extirpée, laissant à sa place une cavité grosse comme le poing, qui fut lavée et finit par fort bien guérir.

Les injections intra-pulmonaires déterminèrent donc dans cette observation un peu de fièvre ; mais pas d'accidents du côté de la respiration. Il n'en est pas toujours ainsi et M. Berger rappelle l'histoire d'une de ses malades qui avaient eu des vomiques présentait de l'œdème de la paroi et à laquelle il pratiqua une pleurotomie ; il tomba aussi sur un tissu fibreux épais, le traversa, c'était du parenchyme pulmonaire malade et qui séparait une poche remplie de pus et d'hydatides, de la paroi thoracique.

---

ment à celle des agoraphobes, des gens qui ne peuvent voir ou toucher des objets pointus ou certaines étoffes, comparable (pourquoi non ?) à cet étrange phénomène du vertige si commun et si répandu et qui mériterait bien, à la vérité, de recevoir le nom d'*hypsophobie*. Une personne sujette au vertige rend difficilement compte de ce qu'elle éprouve ; à qui l'interroge elle répond qu'elle a peur. L'officier qui ne pouvait laisser sa porte fermée, n'a jamais su me répondre autre chose : « Je ne sais ni pourquoi, ni de quoi j'ai peur. » Si vous le voulez, nous baptiserons cela du nom de *thyrocléiophobie*. Puis je vous demanderai humblement la permission de vous faire remarquer, cher confrère, qu'un feuilletoniste qui, dans un même feuilleton, enrichit la science de deux affections nouvelles n'est assurément pas un homme ordinaire... à moins qu'il ne soit atteint lui-même d'une autre folie inédite, celle de découvrir des maladies, la *nosaneuriscomanie*. Est-ce que les chiens seraient susceptibles de contracter aussi celle-là ?

Les personnes curieuses de lire une observation authentique de cette contagion, feront sagement, je crois, de s'armer de patience.

Cette cavité explorée laissa voir un petit orifice qui fut agrandi et qui permit d'arriver sur une seconde poche contenant, elle aussi, des hydatides grosses comme des grains de raisin. On se mit en demeure de pratiquer des injections; mais aussitôt des phénomènes d'asphyxie grave se montrèrent, accompagnés d'expectoration d'hydatides, la face se cyanosa, l'injection avait pénétré l'arbre pulmonaire et la mort s'ensuivit.

Ce fait démontre combien il faut être circonspect dans les injections faites au milieu du parenchyme pulmonaire et surtout lorsqu'on a constaté une vomique. Dans les pleurésies interlobaires ou dans les abcès du poumon ouverts par le bistouri, beaucoup de chirurgiens s'abstiennent même de tout lavage à cause du danger que nous venons de signaler.

La séance se termine par un rapport de M. Tuffier sur un travail du docteur Desnos, intitulé : *Pecherches expérimentales sur l'électrolyse de l'urèthre dans les cas de sténose de ce canal.*

Deux procédés d'électrolyse ont été mis en œuvre.

Dans un cas les séances étaient courtes et l'intensité des courants puissante, dans l'autre on se servit d'un courant très faible maintenu pendant un temps assez long. Les animaux sacrifiés au bout d'un certain temps, permirent de constater les effets produits, qui sont les suivants : Le courant fort détermine une section profonde avec cicatrice consécutive et sténose rapide. Le courant faible ne fait qu'une mince fissure et n'a pas les inconvénients de la haute intensité ; mais pourtant, après ce traitement, la récidive paraît être la règle.

M. Tuffier fait remarquer que cependant, dans certains cas, cette méthode pourrait être appliquée ; mais que, pour être complètement fixé sur sa valeur, il faudrait multiplier les expériences ; que, de plus, dans les cas pathologiques, il y a toujours à tenir compte des variétés des rétrécissements, qui peuvent être soit valvulaires, soit annulaires, qui peuvent aussi présenter une consistance variable, être durs, ligneux ou quelquefois mous et élastiques.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MÉDECINE

Excision du chancre induré. — Le chancre syphilitique n'est-il qu'une affection locale ? L'infection syphilitique est-elle accomplie quand apparaît l'accident primitif ? Cette question divise encore les syphiligraphes et ne sera pas, croyons-nous, de sitôt résolue. Ricord n'ayant jamais pu enrayer l'infection générale par une cautérisation énergique du chancre en était arrivé à regarder celui-ci comme « le premier des accidents secondaires ». Cependant les études bactériologiques, en donnant une idée précise des maladies infectieuses, firent renaître l'espoir de guérir la syphilis en s'attachant au chancre. On ne manqua pas de le comparer à la pustule maligne ; l'excision fut faite sur une grande échelle ; quelques-uns même, lorsque l'adénopathie était déjà apparue, s'attaquèrent en même temps aux ganglions ; on y injecta des antiseptiques puissants, on les extirpa.

Les résultats n'ont certainement pas été tels qu'on les attendait. M. A. Fournier, parmi les nombreux cas qui ont été publiés, n'en trouve pas un seul qui soit réellement probant. Si, dans quelques observations, les signes de l'infection ont fait défaut même pendant plusieurs années après l'excision, cela ne prouve pas que l'infection n'est pas faite. Bien des syphilis restent longtemps silencieuses.

A côté de ces cas douteux, il convient d'en rapporter d'autres, qui, malheureusement, ne le sont pas, et qui portent une sérieuse atteinte au crédit accordé à l'excision du chancre. Tels sont les deux faits que M. GERBER vient de publier (*Münch. méd. Wochensch.*, nº 12). Après un coït suspect, un étudiant remarque une écorchure ; six jours après, M. Gerber enlève largement la région malade ; trois mois plus tard, roséole syphilitique et accidents de l'infection générale.

Une jeune fille ayant embrassé, dans un jeu de société, un jeune homme porteur de plaque muqueuses buccales, voit apparaître sur sa lèvre une petite plaie. Elle vient immédiatement consulter M. Gerber qui fait l'ablation du point suspect. Bientôt après, induration de la cicatrice, et, plus tard, accidents secondaires.

Dans ces deux cas, et surtout dans le premier, on n'accusera pas l'excision d'avoir été tardive. L'infection s'est faite malgré tout.

Altérations du sang dans la syphilis. — Malgré les deux faits de M. Gerber, l'absence de phénomènes généraux pendant la durée du chancre infectant sera encore regardée, par bien des auteurs, comme un fort argument en faveur de l'excision; cliniquement, en effet, l'infection n'est pas accomplie.

Cependant les récentes recherches de MM. NEUMANN et KONRIED sur les altérations du sang dues à la syphilis, communiquées à la *Société des médecins de Vienne*, démontrent que dès l'accident primitif il y a une diminution notable de l'hémoglobine. Il ne s'agit plus là d'une lésion locale ; la syphilis a déjà retenti sur l'organisme tout entier.

Les recherches de MM. Neumann et Konried ne portent pas, d'ailleurs, seulement sur la période primitive de l'affection. Dans les syphilis secondaires non traitées ils ont trouvé une diminution considérable de l'hémoglobine, tandis que le nombre des globules rouges peut diminuer d'un tiers. Dans les syphilis tertiaires, la quantité d'hémoglobine est également très faible, et il en est de même du nombre des hématies. Quant aux leucocytes, ils présentent des oscillations inverses à celles des globules rouges.

MM. Neumann et Konried confirment donc ce que l'on savait de l'anémie syphilitique. Ils ont, de plus, étudié l'action du traitement spécifique ; ils ont constaté l'accroissement du nombre des hématies à toutes les périodes de la maladie ; ce nombre, ainsi qu'on le sait, peut redevenir normal. Pour ce qui est de la quantité de l'hémoglobine, l'influence du traitement est moins nette ; elle augmente, il est vrai, mais ne revient jamais au taux normal dans la syphilis secondaire et dans la syphilis tertiaire.

Sur le traitement de la bronchectasie. — Les théories émises et admises jusque dans ces derniers temps sur la production de la bronchectasie ne sont pas absolument satisfaisantes. Celle qui compte encore le plus de partisans, et qui a été défendue par Corrigan, veut que la dilatation des bronches soit produite par la rétraction de tissus fibreux pulmonaire et par de solides adhérences entre le poumon et la paroi thoracique.

M. GRAINGER STEWART objecte à cette théorie que l'on voit souvent de la dilatation des bronches sans qu'il y ait production de tissu fibreux dans le poumon, et que, dans bien des cas, la transformation fibreuse du tissu pulmonaire, loin d'être la cause de la bronchectarie, lui est, au contraire, secondaire.

La véritable cause de l'affection, c'est, pour M. Grainger Stewart, « un processus atrophique des parois des tubes bronchiques. »

Il est intéressant de rapprocher de cette opinion celle de M. Hanot, qui regarde aussi

comme cause première de la dilatation des bronches un trouble trophique de leurs parois; dans un cas qu'il a communiqué récemment à la Société médicale des Hôpitaux, la bronchectasie était consécutive à l'artério-sclérose des artères bronchiques; les lésions d'artério-sclérose existaient d'ailleurs dans tous les organes.

Au point de vue thérapeutique, on s'est surtout efforcé de prévenir la « décomposition » du mucus bronchique contre la cause elle-même de l'affection; on n'a que peu de ressources. M. Grainger Stewart a donc prescrit pendant longtemps à ses malades la térébenthine, la créosote, l'acide phénique, le salol, etc., des inhalations antiseptiques et tout cela avec des avantages plus ou moins marqués, mais toujours limités et temporaires.

L'hiver dernier, M. Grainger Stewart ayant à traiter un cas de dilatation bronchique chez un homme de trente-quatre ans, recourut aux injections intratrachéales de menthol et de gaïacol dans de l'huile d'olive, et dans les proportions suivantes :

menthol............	10	parties
gaïacol............	2	—
huile d'olive........	88	—

Les résultats furent des plus satisfaisants; la fétidité de l'haleine et des crachats disparut rapidement, en même temps que ceux-ci diminuaient beaucoup, et que la température revenait à la normale; puis les symptômes généraux s'amendèrent, l'appétit revint et le malade augmenta rapidement de poids.

Si ce traitement avait échoué, M. Grainger Stewart ajoute qu'il aurait eu recours à une intervention chirurgicale, et il rapporte, à ce propos, un cas qu'il traita ainsi en 1887. C'était un homme de vingt-sept ans, atteint de dilatation bronchique et dans un très mauvais état général; l'expectoration était extrêmement abondante et horriblement fétide. Au niveau de l'angle de l'omoplate du côté gauche, il y avait des signes cavitaires.

Les traitements ordinaires n'amenant aucune amélioration dans l'état du malade, M. Grainger Stewart résolut d'intervenir chirurgicalement.

Le malade étant endormi par le chloroforme, l'aiguille d'un aspirateur fut introduite en dehors de l'angle de l'omoplate et pénétra dans la cavité pulmonaire ; incision le long de cette aiguille, résection d'un fragment de la côte ; puis, contre-ouverture pratiquée plus bas, afin de permettre un large drainage ; lavages fréquents de la cavité avec une solution boriquée chaude.

Dès l'opération, la fétidité de l'haleine disparut, et, malgré trois hémorrhagies qui se produisirent dans la caverne une quinzaine de jours après l'opération, les résultats furent très satisfaisants.

La force et la santé se rétablirent rapidement et actuellement encore elles sont normales.

(*Brit. Méd. Journ.*, 3 juin).

Deux cas d'albuminurie chronique de longue durée. — M. Hawkins rapporte le cas d'un homme de 49 ans qui était albuminurique depuis 25 ans; son état général était très satisfaisant et il n'avait appris à cette époque son affection que parce qu'une assurance sur la vie lui avait été refusée. Quelques années plus tard, M. William Gull le soumit à un régime sévère, mais son urine contenait toujours de l'albumine. C'était un homme vigoureux, ne présentant aucun trouble, aucune lésion, si ce n'est un léger déplacement de la pointe du cœur en dehors; pouls régulier, pas d'exagération de la tension artérielle.

Quand M. Hawkins examina ce malade, au mois de janvier dernier, l'urine était

transparente, de couleur ambrée, d'une densité de 1025, et contenait beaucoup d'albumine.

Dans un second cas, dû à M. Russell Dodd, il s'agit d'un médecin qui avait consulté Bright en 1841 pour une albuminurie chronique. Bright avait porté un pronostic fatal; le malade n'avait pas plus de deux ans à vivre. L'urine contenait constamment, en effet, au moins un tiers d'albumine, sa densité n'était jamais inférieure à 1025, et les mictions nocturnes avaient été de règle pendant 18 ans. En 1887, on trouva dans l'urine du sucre en même temps que l'albumine; la glycosurie persista pendant huit mois puis disparut; il y eut aussi de la diarrhée pendant quelques années. Le pouls était fréquemment irrégulier, il y avait un peu d'hypertrophie cardiaque; bruits du cœur normaux, sauf une légère accentuation à la base.

Le malade mourut d'une hémorrhagie cérébrale à l'âge de 88 ans, quarante-trois ans après le pronostic fatal de Bright. Quelques jours avant sa mort, le malade était encore capable d'aller en voiture.

Ces deux cas semblent indiquer que la vie peut être d'une durée ordinaire dans l'albuminurie chronique, et que ceux qui en sont atteints peuvent jouir, somme toute, d'une bonne santé.

(*Clinical Society*, 26 mai.)

FORMULAIRE

—

Sublimé associé a l'antipyrine dans le traitement de la blennorrhagie. — M. Watier.

Sublimé corrosif	1	gramme.
Antipyrine	100	—
Eau distillée	10 000	—

Injecter 4 fois par jour dans l'urèthre; retenir le liquide autant que possible.
L'antipyrine fait que ces injections intra-uréthrales ne sont pas douloureuses. (*The med. Bul.* février 1893; *D. med. Wehnschrft.*, 1893, n° 13, p. 315.)

N.-B. — Contre les érections douloureuses, prendre en cachets et simultanément :

Antipyrine	1	gramme
Bromure de potassium	3	—

COURRIER

—

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : Chevaliers de la Légion d'honneur, M. Houdart, de Pontarlier (Doubs); M. Gilles de la Tourette, de Paris.

Officier de l'Instruction publique : M. Charpy, professeur à la faculté de médecine de Toulouse.

Officier d'académie : M. Bézy, de Toulouse.

Faculté de médecine. — Une chaire d'hydrologie et de minéralogie vient d'être créée à l'école de Marseille, M. Gourret, docteur és sciences, en a été nommé titulaire.

Concours de prosectorat. — L'épreuve d'anatomie descriptive a été : Le cœcum. L'épreuve de physiologie : Globules rouges du sang.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Epreuve de dissection : Muscles des régions antérieures et extérieures de la jambe ; Muscle pédieux : Nerfs de ces muscles.

Le concours s'est terminé par la nomination de : 1. MM. Auvray ; 2. Launay ; 3. Riche ; 4. Mayet ; 5. Picou,

— Le projet du budget de 1894 pour le Ministère de l'instruction publique comporte une demande d'augmentation de crédit pour la création de cliniques annexes à la Faculté de médecine de Paris et d'une chaire d'histologie à la Faculté de Montpellier.

LA RAGE A MADÈRE. — La rage, qui était jusqu'ici inconnue à Madère et aux Açores, vient de faire son apparition dans ces localités. Au premier moment, on a songé à créer un Institut antirabique, mais on a jugé, après réflexion, qu'il serait plus économique et plus facile d'extirper la maladie. Elle semble avoir été importée par un voyageur anglais qui, ayant débarqué pour une journée, pour chasser, avec deux chiens, en a perdu un, lequel était probablement atteint de rage. Il y a eu neuf morts d'hommes, mais depuis qu'on surveille les chiens, le mal semble avoir disparu (*Brit. méd. Journ.*, 20 mai).

LE BÉRIBÉRI DANS LA MARINE JAPONAISE. — On sait que le béri-béri a été, jusqu'à ces derniers temps, une maladie répandue dans la marine japonaise : en 1883, il y eut 1,929 malades sur 4.769 matelots un tout. D'autre part, en décembre dernier, on a dû fermer les salles d'hôpital consacrées aux patients atteints de cette affection, faute de malades. Cette amélioration est due à un changement de régime alimentaire. Le directeur général de l'hôpital naval de Tokyo, un japonais, M. Kanehiro Takaki, a fait augmenter la proportion des albuminoïdes en diminuant celle des hydrocarbonés dans la ration des marins, et ceci a suffiit.De 1878 à 1884. Il y a eu 9,516 cas ; en 1884, le régime a été changé, et aussitôt la proportion est tombée à 765 pour 1884-1889. Sur ces 765 cas, 718 appartiennent à 1884. l'année où la modification a été faite. En 1885, il y eut 41 cas ; en 1886, 3 ; et en 1887, pas un, bien que la marine comptât plus de 9,000 hommes. C'est là une belle victoire à l'actif de l'hygiène moderne. (*Revue scientifique.*)

LE CONCOURS MÉDICAL DES DEUX AMÉRIQUE. — Sur l'initiative d'un comité de médecins des Etats-Unis, un congrès exclusivement composé de médecins américains, c'est-à-dire exerçant leur profession dans toute l'étendue de l'Amérique, se réunira à Washington le 8 septembre prochain.

Voici la liste des États appelés à prendre part officiellement à ce congrès :

République Argentine, Bolivie' Brésil, Amérique anglaise (Canada, Nouvelle-Bretagne, Colombie anglaise, Jamaïque, Guyane), Chili, République Dominicaine, Amérique espagnole (Cuba) Amérique française (Antilles, Guyanne), Amérique danoise, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Pérou, Salvador, Colombie, Costa-Rica, Equateur, Guatémala, Haïti. Royaume d'Havaï, Etats-Unis, Uruguay, Vénézuela.

Les médecins des autres pays sont cordialement invités à prendre part au Congrès.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

12 juin 1893.

En quelques mots, dans un simple *Courrier* (6 juin 1893), l'*Union Médicale* a mentionné la nomination de MM. Delbet et Rochard, au titre de chirurgien des hôpitaux.

J'ai reconnu, dans ce laconisme, la modestie du rédacteur en chef, qui ne pouvait rien ajouter sans s'applaudir lui-même. Heureusement, il m'est permis de le remplacer pour la circonstance.

Jamais décision de jury n'a été mieux ratifiée par l'opinion. Delbet, candidat solide et brillant, n'a paru reculer à une des épreuves que pour mieux sauter à la première place. Sébileau, qui, après avoir mené la course, a été dépassé d'une tête, ne peut être humilié d'un échec qui sera bientôt réparé.

Quant à Eugène Rochard, je veux bien épargner sa modestie, mais j'ai au moins deux personnes à féliciter : son père, notre éminent et très aimé collaborateur; et moi-même, pour avoir remis en si bonnes mains les destinées de l'*Union Médicale*.

L.-G. Richelot.

MICHEL PETER

L'école de Paris vient de subir une perte cruelle. Le professeur Peter est mort vendredi soir à la suite de la maladie qui le tenait depuis longtemps éloigné de son hôpital et de son enseignement. Atteint, il y a deux mois environ, d'une de ces attaques dont on ne sort jamais tout entier, il n'a pas eu la douleur de se survivre ; il s'est éteint doucement au milieu de sa famille et de ses amis.

Peter allait avoir 69 ans et personne ne s'en serait douté, à le voir si alerte, si jeune de cœur et d'esprit. Il ne semblait pas se ressentir du prodigieux effort qu'il lui avait fallu faire pour atteindre les plus hauts sommets de la profession médicale. Il était entré dans cette laborieuse carrière beaucoup plus tard qu'on ne le fait d'habitude. Il était encore interne à 30 ans et il en avait 35 quand il fut reçu docteur. Vingt ans après, il avait franchi tous les degrés de la hiérarchie médicale et tous les obstacles semés sur la voie douloureuse du concours ; il était professeur de clinique à la Faculté, membre de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, commandeur de la Légion d'honneur, etc.

Je ne dirai pas que Peter fut le fils de ses œuvres, ce serait une banalité. Nous sommes tous dans le même cas; mais il a eu plus de peine à parvenir que les autres. Pour arriver, en vingt ans, à échanger la blouse du typographe contre la robe du professeur, il faut être un rude compagnon; mais on use sa vie à un pareil effort. Dans les autres professions, la lutte est moins ardente et surtout moins longue ; lorsque le but est atteint, on

peut prendre quelque repos. Dans la nôtre, il faut poursuivre son implacable labeur, sous peine de déchoir ; une fois professeur, il faut joindre au fardeau de l'enseignement et du service hospitalier, les soucis de la clientèle et les veilles qu'exige le travail de cabinet. On arrive ainsi, avec les années, à un degré de fatigue intellectuelle dont on ne se rend pas toujours compte, mais dont ont finit tôt ou tard par ressentir les effets.

Les hommes, lorsqu'ils ne succombent pas à une de ces maladies d'aventure qui représentent la part de l'imprévu dans les destinées humaines, meurent en général par l'organe dont ils ont abusé. Ceux qui surmènent leur intelligence meurent par le cerveau et cela vaut mieux, en fin de compte, que de mourir, comme les viveurs, par l'estomac ou par la moelle épinière,

Peter laisse parmi nous de nombreux amis. Il était sympathique à tout le monde. Affable, bienveillant, courtois et serviable, il était de bon conseil, de relations agréables et sûres. C'était un des médecins les mieux posés et les plus répandus de la capitale. On aimait à l'appeler en consultation, parce qu'il avait l'art de plaire aux malades et de les rassurer. Il rassérénait également les confrères, par l'assurance enjouée avec laquelle il posait les diagnostics les plus hardis, et de plus il les charmait par son amabilité.

Pour moi, je ne l'ai guère connu qu'à l'Académie de médecine. Il y venait rarement et c'était toujours pour prendre parti dans quelque discussion importante et pour combattre en faveur de ses idées personnelles. Il semblait pourtant se plaire à la tribune. Gracieux et souriant, accoudé sur la table, bondissant sur son siège et se frottant les mains, il savourait le plaisir de bien dire et de se sentir écouté. Il avait l'art peu répandu de forcer l'attention et nous l'écoutions avec grand plaisir, même quand nous ne partagions pas ses idées, même lorsque nous regrettions de les lui voir émettre.

Il avait été l'élève chéri de Trousseau, et avait voué un véritable culte à ce professeur incomparable, à ce grand esprit qui a illuminé notre génération médicale et laissé dans la science une trace si profonde. Peter avait hérité de quelques-unes de ses qualités.

Il n'avait pas les grandes allures, la parole entraînante et dominatrice de l'illustre orateur tourangeau; mais il avait retenu quelque chose de sa méthode et de sa manière de s'exprimer. Son remarquable talent d'élocution, son tour d'esprit original et primesautier donnaient à sa conversation et à ses discours un charme tout particulier que relevait encore un rare bonheur d'expression.

Enjoué, d'humeur facile, il ne devenait intraitable que lorsqu'il s'agissait des doctrines de son maître. Comme Trousseau, il ne voyait rien en dehors du malade, de l'observation clinique; il n'admettait pas que la médecine pût aller chercher ailleurs ses inspirations. L'immixtion du laboratoire dans le domaine de la pathologie lui paraissait une sorte de sacrilège; mais le temps a marché depuis que la parole de Trousseau a cessé de se faire entendre; Peter n'avait pas suivi la marche du temps; il ne s'est pas toujours montré juste à l'égard des découvertes contemporaines et du grand homme qui les a révélées au monde savant.

Ce léger nuage qui s'était élevé entre lui et l'opinion de ses contemporains ne les a jamais empêchés de rendre justice à ses grandes qualités ni

de reconnaître les services qu'il a rendus à la médecine et à l'École de Paris par son exemple, son enseignement et ses écrits.

Ce n'est pas le moment de dresser l'inventaire de ses travaux et d'en faire l'analyse, l'heure présente est toute à la douleur que nous cause sa perte, à la sympathie que nous inspire sa famille, pour laquelle il a vécu et de laquelle il était tendrement aimé.

Jules ROCHARD.

HYGIÈNE

—

BULLETIN SANITAIRE

Les maladies épidémiques qui ont attiré l'attention pendant les trois mois qui viennent de s'écouler ont cessé de préoccuper les médecins de Paris. La mortalité a continué de diminuer dans la grande ville ; et maintenant elle est tombée au-dessous de la normale. Pendant la 21e semaine (du 21 au 27 mai) il n'y a eu que 922 décès et pendant la 22e (du 28 mai au 3 juin) 845 seulement. C'est le chiffre le plus faible de l'année, il est inférieur de 158 unités à la moyenne de la semaine correspondante pendant les cinq dernières années. Cette diminution a porté sur les maladies de poitrine.

La grippe a cessé ses ravages en France ; mais elle sévit avec violence en Bavière. Elle a éclaté avec une telle force, à la fin du mois de mai, parmi les hommes du régiment des gardes du corps en garnison à Munich, qu'en huit jours, cent trente d'eux ont été envoyés à l'hôpital.

Le typhus ne fait plus parler de lui, en France du moins.

Il y a en a encore quelques cas de loin en loin parmi les vagabonds qui pullulent dans la ville, mais l'Hôtel-Dieu annexe ne renfermait plus, le 9 juin au matin, que 28 malades dont 16 convalescents.

Il y a eu 2 décès dans la 21e semaine, 1 dans la 22e et un dernier le 8 juin.

Le docteur Chantemesse, à son retour de Lille, a rendu compte de sa mission au Comité consultatif d'hygiène publique. Il a confirmé ce que nous avions dit, d'après nos propres informations, du foyer de typhus qui s'était développé dans la salle de la police correctionnelle, où les vagabonds de toute sorte s'entassent au moment des audiences. Ils souillent de leurs crachats le sol bitumé de ce parterre et un balayage sommaire disperse tous les matins, dans l'atmosphère, la poussière qui s'élève de ce sol infecté. Or, les crachats sont la voie principale de transmission du typhus, d'après M. Dujardin-Beaumetz. Le docteur Dubief y a trouvé le *diplococcus exanthematicus* et, à Lille, un jeune avocat a été intoxiqué directement par la poussière se dégageant de la salle dont il a été précédemment question.

Depuis la constatation de ces faits, les salles du Palais de justice ont été soumises à une désinfection méthodique et, chaque jour, le sol et les boiseries du parterre de la police correctionnelle sont lavés avec un liquide antiseptique. Deux cas nouveaux ont été signalés dans les premiers jours de juin, l'un chez une pensionnaire d'un couvent où les mendiants vont quêter, l'autre dans un hospice situé au sein d'un quartier dont les cabarets sont

fréquentés par des vagabonds et des pensionnaires de l'hospice. Les résultats de l'épidémie jusqu'au 5 juin, se chiffrent par 91 cas et 28 décès. Etant donnée l'insalubrité des quartiers de Lille, où le typhus a régné, on est en droit de s'étonner du petit nombre de ses victimes. M. Chantemesse attribue cet heureux résultat aux mesures de désinfection prises dès le début par la commission des logements insalubres, sous la direction de son président, M. Léon Faucher, qui est en même temps membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

A la dernière séance de ce Conseil, M. Léon Faucher a complété les renseignements rapportés par M. Chantemesse. Il a parlé notamment d'une innovation très intéressante qui a eu lieu à Lille. On y a créé un lazaret où son. nternés tous les vagabonds qui entrent en ville. Il est défendu aux logeurs en garni de les recevoir avant qu'ils n'y aient passé quinze jours. A leur arrivée dans l'établissement, ils sont d'abord examinés par la police, puis visités par un médecin. On leur donne ensuite un grand bain savonneux et fortement phéniqué, on leur prête des vêtements pendant que les leurs sont désinfectés dans l'étuve à vapeur sous pression. On a déjà vu éclater, dans ce lazaret, deux cas de typhus qui ont été dirigés sur l'hôpital et qui auraient pu infecter des familles, si on n'avait pas pris la précaution de les interner.

Dans la Somme, il y a toujours quelques cas de typhus de loin en loin, et une infirmière de l'Hôtel-Dieu d'Amiens vient encore d'en être victime. Elle avait été envoyée, par le médecin des épidémies, à Vergies, petite commune du voisinage, pour soigner une famille dans laquelle le typhus avait été importé par un vagabond venu de Rouen. Les quatre personnes atteintes ont été sauvées, mais l'infirmière qui les avait soignées, Mlle Poulain, a succombé. C'est la quatrième qui meurt ainsi ; treize infirmiers et trois sœurs hospitalières ont eu le même sort. Cela fait, dans la même villle, dix-neuf victimes de la contagion dans le personnel hospitalier. On annonce aussi l'apparition du typhus dans l'Hérault. Des cas s'en seraient produits récemment à Lunel, dans la caserne du 16e escadron du train. On en parle également à Montpellier.

Le choléra continue sa marche bizarre ; il procède par explosions et jusqu'ici il s'est éteint sur place ; dans la dernière quinzaine de mai, il y en a eu dans le Morbihan, 47 cas, répartis entre six communes et 23 ont été suivis de mort. A Quimper, depuis le 10 mai, il n'y a eu ni un cas nouveau ni un décès. Il en est de même en Vendée. Le lundi 22 mai, il ne restait plus que deux malades à l'hôpital de l'île d'Yeu. Aux Sables-d'Olonne, les deux derniers décès cholériques remontent aux 11 et 12 mai.

En revanche, la maladie a éclaté dans le Midi avec une certaine violence. On en compte deux cas dans la Haute-Garonne, le Gard, l'Aude et l'Hérault. Deux décès ont eu lieu à Toulouse, un à Nîmes ; des cas assez nombreux ont été signalés à Alais où il y a eu 39 décès en 15 jours. La maladie est en décroissance depuis l'arrivée du docteur Mosno, qui a été envoyé de Paris et a pris les mesures de désinfection nécessaires.

A Narbonne, le docteur Merle a contracté le choléra près d'une malade et a été enlevé en 48 heures. Il y a eu 9 décès en 8 jours à Avignon, et 2 à Carcassonne ; seize localités de l'Hérault sont atteintes. On compte deux décès à Montpellier, deux cas et un décès à Cette. Il y a eu des cholériques

à Lunel et à Frontignan. A Saint-Pons-de-Mauchiens, il y a eu trois décès sur quatre malades dans les journées du 26 et du 27 mai. Le sous-préfet de Béziers s'est rendu dans la commune avec le vice-président du conseil d'hygiène, pour prendre les mesures nécessaires.

En apprenant, par ses consuls, les cas de choléra récemment survenus dans les villes du Midi de la France, le gouvernement espagnol vient de prendre des mesures sanitaires sur les frontières de l'Aragon, de Navarre, de Catalogne et de Guipuscoa. Depuis le 3 juin, le service sanitaire établi dans les gares internationales du Port-Bou, de la Pinguerra et de Puygcera a procédé à l'inspection des voyageurs venant du Midi de la France et à la désinfection des bagages. L'entrée des drilles, chiffons, laines, objets de literie, cuirs non tannés même est sévèrement prohibée.

Le conseil sanitaire de Constantinople a mis en quarantaine les provenances de Marseille.

A Hambourg, on procède d'une façon opposée. Comme on n'a plus à y craindre le choléra, attendu qu'il a frappé, dans cette malheureuse ville, tous ceux qui étaient susceptibles de l'avoir, on ne se préoccupe plus de l'empêcher d'entrer ; mais on s'attache à l'empêcher de sortir et on y pratique la quarantaine à rebours.

Pour éviter la ruine de son important commerce avec le monde entier, et pour donner toute sécurité aux nations avec lesquelles elle est en rapport, la grande ville hanséatique soumet, à terre, à une quarantaine de six jours toute personne venant de Russie ou d'Allemagne, pour s'y embarquer à destination d'un port des Etats-Unis. On les interne dans de grandes casernes qui peuvent en contenir de 1,000 à 2,000. Il attendent parfois dix ou quinze jours le navire qui doit les emporter. Les casernes quarantenaires consistent en trois bâtiments, dont l'un sert de dortoir, le second de réfectoire et le troisième de cuisine. Il paraît que ces locaux sont horriblement mal tenus, que les lits sont sordides, la nourriture détestable, mais c'est le *British medical* (1) qui dit cela et le nom seul de quarantaine fait bondir les Anglais. En tout cas, si les émigrants sont mal traités, ils le sont à bon compte, car ils ne payent qu'un marc par jour les six premiers jours, et un demi-marc pendant les autres.

Cette mesure est imitée de celle qui fut prise en 1856, lors du retour des troupes de Crimée, et en 1886 et en 1887 pour celles qui rentraient du Tonkin. Elles ont donné les meilleurs résultats et il est à penser qu'elles en produiront de semblables à Hambourg. En tout cas, elles sont de nature à rassurer les Etats-Unis.

Le choléra a complètement cessé à Saint-Pétersbourg, ainsi que dans les provinces d'Oufa et d'Orel ; mais on en signale des cas isolés à Saratoff et à Astrakan et il a fait son apparition en Bessarabie. Il est à Bagdad depuis le 26 mai ; il règne également à Chatra, à Amara et parmi les tribus voisines. Le gouvernement russe prend les mesures les plus sérieuses à Bakou pour prévenir le désastre de l'an dernier. Au commencement de mai, douze étudiants de l'Université de Saint-Pétersbourg ont été envoyés à Tobolsk (Sibérie occidentale), avec mission d'y organiser des mesures sanitaires contre la maladie.

(1) *British medical journal*, 1er avril 1893, p. 715.

Le choléra règne dans le golfe persique ; il a été importé à Camaran par un navire anglais venant de Bombay, avec 1,050 pèlerins, dont une vingtaine sont morts depuis leur débarquement à Djeddah. Le choléra a de là gagné la Mecque et infecté le pèlerinage. Quatre navires sont partis d'Alger avec deux convois de musulmans se rendant à la Mecque ; mais on a envoyé des ordres pour les faire revenir.

Il est impossible de se dissimuler que ces manifestations récentes du choléra renferment un double danger. Son explosion au milieu du pèlerinage de la Mecque est toujours une menace pour l'Egypte d'abord et pour l'Europe ensuite ; l'invasion brusque de quelques départements du Midi, coïncidant avec le commencement des chaleurs de l'été, est de nature à nous donner des appréhensions. Cependant, il est extrêmement probable que ce retour offensif n'est qu'une queue d'épidémie, comme celles que nous avons vues déjà, et que la maladie s'éteindra sans propagation sérieuse. Il serait pourtant surprenant que nous n'en vissions pas quelques cas à Paris où, depuis un mois, il n'y en a pas de traces (1).

REVUE DE L'HYGIÈNE

L'Hôtel des ventes et les microbes. — Un des faits que les récentes épidémies ont mis le plus clairement en lumière, c'est la possibilité, j'allais dire la fréquence, de la transmission des maladies contagieuses par les vêtements et les effets de mobilier. Les poussières dont ils sont imprégnés sont les receptables des germes morbides et les transportent partout grâce à leur extrême mobilité.

C'est pour cela qu'on apporte un soin tout particulier à la désinfection de la literie et du mobilier des chambres dans lesquelles ont évolué des maladies transmissibles.

Nous avons exposé dans un autre article (2) les soins minutieux dont cette désinfection doit être entourée ; mais il ne suffit pas de pourchasser le microbe à domicile, il faut le poursuivre dans ses pérégrinations.

Or, toutes les familles ne font pas encore désinfecter leurs appartements lorsqu'elles ont perdu quelqu'un des leurs d'une maladie transmissible et, à la suite des ventes après décès, les objets de literie et les meubles qui ont servi aux malades arrivent à l'Hôtel des ventes encore tout imprégnés des germes dont ils se sont saturés au cours de la maladie. Les acheteurs emportent à la fois meubles et microbes et, tout récemment, l'un d'entre eux ayant fait l'acquisition de la literie d'un malade mort de diphtérie, a contracté cette maladie et a été enlevé en quelques jours.

Ces objets souillés et contaminés sont exposés tels quels et sans avoir subi la moindre opération de lavage. Il faut entrer dans une des salles de l'hôtel Drouot pour se rendre compte de l'odeur parfois repoussante qui y règne et de la poussière chargée de véhicules morbides qui se dégage des marchandises étalées, remuées et secouées par les employés.

Cet état de choses constitue un véritable danger pour la santé publique. La Société de médecine et d'hygiène professionnelle s'en est émue et elle a formulé le vœu que les

---

(1) Il y a un mois, on en a observé trois cas dans la même maison. Il y avait été apporté par une personne venant de Lorient. La désinfection de l'appartement a éteint ce petit foyer d'une manière complète.

(2) *Union médicale* du 9 mai 1893, n° 56, p. 662.

salles de l'Hôtel des ventes soient chaque jour balayées après avoir été arrosées avec une substance antiseptique et que tous les objets de provenance suspecte y soient soumis à la désinfection à l'aide d'une étuve à vapeur sous pression qui devra y être installée, ainsi que cela se fait au Mont-de-Piété.

Transport du linge sale en chemin de fer. — Une autre cause de transmission des maladies infectieuses sur laquelle l'attention des conseils d'hygiène fera bien de se porter, c'est celle qui résulte du transport du linge sale par chemin de fer, dans les wagons de voyageurs.

Les blanchisseuses de la banlieue de Paris entrent avec ces paquets dans les voitures et les mettent sur les banquettes. Ces colis ne sont pas seulement incommodes par leur mauvaise odeur, ils constituent un véritable danger pour les voyageurs qui les approchent, car ces transports irréguliers ont lieu surtout par urgence, lorsque les familles ne peuvent pas attendre la visite hebdomadaire du blanchisseur, parce qu'il y a, dans la maison, des malades qui salissent beaucoup de linge, et ce sont surtout les contagieux qui sont dans ce cas-là. Le transport du linge sale ne devrait être permis que dans les wagons de bagages; encore devrait-on l'entourer de précautions spéciales et désinfecter fréquemment les voitures qui y seraient affectées.

Sépultures trop primitives. — D'après M. Arnaud (de Barcelonnette), il existe encore en France au moins une localité où les ordonnances sur les sépultures sont absolument inconnues. C'est le village de Bouzéias, dans les Alpes-Maritimes, arrondissement de Puget-Théniers, village composé d'une quinzaine de maisons, où l'on jette encore les morts dans un charnier. Ce dernier consiste en une petite baraque de 3 mètres carrés, couverte d'un toit en ardoise. La porte en est ouverte à tout venant; à l'intérieur, le vide est complet, et au milieu du sol battu se trouve une dalle qu'on peut soulever avec sa canne. Au-dessous, à $1^{m}50$, s'amoncellent les ossements et les cadavres nus. A une trentaine de mètres sort une source suspecte. L'auteur a vu survenir une attaque de cholérine chez une personne qui, ignorant son origine, avait bu cette eau. (*Revue scientifique*, 3 juin 1893, nº 22.)

Maladie nouvelle. — Une affection qui rappelle par quelques caractères la bronchite des foins s'observe aux Etats-Unis chez les agriculteurs qui se consacrent à la culture et à la fabrication des conserves de pêches, et se manifeste au moment de la cueillette. Les symptômes consistent en une vive irritation de la muqueuse nasale qui est rouge et qui sécrète un mucus abandant; les sinus frontaux, la conjonctive, et les bronches sont également atteints, et il peut y avoir des accès d'asthme. La peau est également irritée: des macules ou papules se montrent aux poignets, aux avants-bras, au cou et au front; il y a malaise et hyperthermie, la température montant de 1 ou 2 degrés. S'agit-il d'une irritation due au duvet de la pêche, ou a quelque organisme habitant ce duvet? On ne sait trop. Tous les travailleurs ne sont pas également susceptibles, et il se fait une accoutumance évidente. Le mal s'accompagne parfois de symptômes psychiques marqués, parmi lesquels le délire des grandeurs domine. (*Revue scientifique*, 3 juin 1893, nº 22.)

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

MÉDECINE — Système nerveux

Le professeur N.-M. Popoff, de Varsovie, relate, dans les *Archives de Neurologie*, un cas très rare de tremblement hystérique. Il s'agit d'un jeune paysan de 21 ans qui présente, de temps en temps, toutes les trois semaines environ, et depuis son enfance, des attaques

de tremblement des membres inférieurs. Ce tremblement, qui existe au repos, quand le malade est couché, augmente quand le malade fait un mouvement volontaire, quand il veut marcher, quand il éprouve une émotion un peu forte et surtout quand l'observateur tâche d'arrêter avec ses propres mains ces mouvements des membres inférieurs.

Il existe, en outre, une abolition complète et, sous toutes ses formes, de la sensibilité des membres inférieurs, limitée en avant par les plis inguinaux, et, en arrière, par le bord supérieur des muscles fessiers, et un rétrécissement concentrique du champ visuel pour la couleur blanche.

Le tremblement survient sans cause appréciable, dure pendant deux semaines, puis disparaît brusquement. Chaque accès laisse après lui une sensation de fatigue et la sensibilité reparaît. Le champ visuel reste toutefois rétréci.

En un mot, dans ce cas, l'hystérie se manifeste seulement par des attaques de tremblement.

L'auteur rapproche ce cas remarquable d'autres observations publiées par Ozeretzkouski, par Gresdenberg et par Chambard. — (*Archives de Neurologie*, mai 1893.)

Syndrôme de Bénédikt. — A propos d'un malade présenté à une de ses leçons du mardi, le professeur Charcot décrit, sous le nom de syndrome de Bénédikt, une affection caractérisée cliniquement par une paralysie du moteur oculaire commun gauche avec tremblement du membre supérieur droit.

La paralysie du nerf est plus ou moins complète, s'accompagnant de diplopie et d'élévation du sourcil du côté correspondant. Le tremblement consiste surtout en des mouvements alternatifs de pronation et de supination ; il est lent et intentionnel.

La lésion qui correspond à ce syndrome siège à la partie inférieure et interne du pédoncule cérébral, du côté de la paralysie oculaire La nature de la lésion, dans le cas de Bénédikt, était tuberculeuse.

On doit rapprocher ce syndrome morbide du syndrome de Weber, dans lequel la paralysie oculaire est unie, non plus à un tremblement, mais à une paralysie pouvant porter sur la face et sur les membres du côté opposé. Il ne s'agit probablement que d'une différence de degré dans la lésion.

Dans le syndrome de Gubler-Millard, c'est la portion bulbaire de la protubérance qui est lésée.

Il faut distinguer le syndrome de Bénédikt de la sclérose en plaques qui en diffère principalement par l'existence du nystagmus et de l'exagération des réflexes. Enfin, il faut éliminer l'hystérie qui peut donner lieu à des blépharospasme dissimulant la paralysie du moteur oculaire commun et à des tremblements : c'est en s'appuyant sur l'élévation du sourcil correspondant à la paralysie oculaire qu'on pourra affirmer le syndrome de Bénédikt. (*Médecine moderne*, mars 1893.)

Deux cas de paralysie alcoolique à forme aiguë et généralisée

par MM. Ch. Achard et Maurice Soupault.

Les auteurs rapportent l'histoire clinique et le résultat anatomo-pathologique de deux cas de paralysie alcoolique à forme aiguë et généralysée.

Dans l'un, le malade est entré à l'hôpital en plein *delirium tremens* ; dans le second cas, qui a trait à une femme, l'affection a débuté par une attaque hystériforme.

Chez ces deuxmalades, il y avait de la tachycardie que la névrite des pneumogastriques trouvée à l'examen histologique, explique suffisamment.

Ces deux malades sont morts par syncope, mais l'état anatomique du myocarde ne semble pas suffisant à MM. Achard et Soupault pour incriminer l'origine cardiaque de cet accident. Ils incrimineraient plutôt l'origine bulbaire : il y avait d'ailleurs dans le

deuxième cas, une infiltration leucocytique du bulbe au niveau des noyaux d'origine du nerf vague.

Les auteurs insistent surtout sur les altérations médullaires qu'ils ont constatées dans le deuxième cas ; il y avait une dégénération des grandes cellules motrices, des cornes antérieures de la moelle, surtout dans la région dorsale. Ces cellules avaient subi la transformation vitreuse, perdu leurs prolongements ; quelques-unes même avaient subi une vacuolisation aboutissant à une atrophie définitive.

En terminant, les auteurs se demandent si les lésions observées et en particulier les lésions spinales, sont bien sous la dépendance de l'alcool et ne reconnaissent pas pour cause une intoxication inconnue, développée à la faveur de l'imprégnation alcoolique primordiale. — (*Arch. Médec. Expérimentale*, mai 1893.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1893. — Présidence de M. Fernet.

Mamelle supplémentaire

M. Marie présente à la Société la photographie d'une femme possédant un sein supplémentaire ; depuis quatre générations, d'ailleurs, presque tous les membres de la même famille ont présenté cette anomalie.

A côté de ce fait curieux d'hérédité, on en trouve un autre : sur 15 frères et sœurs du père de cette femme, il y eut 6 jumeaux ; sur 12 frères et sœurs de la malade il y eut 8 jumeaux, appartenant tous au sexe masculin, de même que les 6 jumeaux précédents. L'hérédité dans la procréation des jumeaux peut donc se transmettre par les individus du sexe masculin.

M. Le Gendre. Le poète écossais Robert Burns, dont on a récemment publié l'histoire, eut deux fois deux jumeaux de sa femme et aussi deux fois deux jumeaux de sa maîtresse. On retrouve là aussi l'influence paternelle dans la procréation des jumeaux.

Deux cas de mort rapide au cours de la broncho-pneumonie grippale

M. Rendu vient d'observer deux cas de mort rapide survenue inopinément au décours, d'une broncho-pneumonie grippale en apparence bénigne.

1° Une femme de 50 ans est atteinte d'une grippe à forme laryngo-bronchique, au cours de laquelle elle présente un foyer de broncho-pneumonie peu étendu. Au bout de trois jours, les accidents s'amendent, la fièvre tombe, la convalescence semble commencer ; outefois, la malade reste fatiguée et présente quelques irrégularités du cœur.

Trois jours après, surviennent brusquement des accidents d'asphyxie rapide et de paralysie cardio-pulmonaire ; mort deux heures après. L'autopsie ne révèle aucune lésion capable d'amener un tel dénouement.

2° Une femme de 42 ans entre à l'hôpital au 8e jour d'une grippe intense ; bronchite généralisée ; foyer de broncho-pneumonie à la base droite. Bientôt, l'état s'améliore ; disparition des phénomènes précédents. Huit jours après son entrée, la malade est prise subitement d'étouffement, de défaillance avec angoisse, pâleur, pouls imperceptible ; la paralysie cardiaque s'accroît, malgré des injections d'éther et de caféine, le pouls s'arrête, on n'entend plus les bruits du cœur ; puis, au bout d'une minute, la respiration s'arrête à son tour. L'autopsie ne révèle rien.

Dans ces deux cas, les lésions de broncho-pneumonie ne suffisent pas à expliquer la

mort. L'hypothèse d'une myocardite ne rend pas mieux compte des accidents. Chez la première malade, il est vrai, M. Rendu avait constaté des irrégularités du pouls, quelques jours avant la mort. Mais l'arythmie est surtout un trouble de l'innervation cardiaque, qui n'est pas toujours en rapport avec la diminution de contractilité de la fibre musculaire; elle n'implique pas nécessairement des altérations du myocarde. D'autre part, l'examen du cœur après la mort n'a pas montré les caractères de la dégénérescence des parois ventriculaires. Enfin, la myocardite s'annonce presque toujours par des crises d'asystolie répétées avant d'amener la mort.

Tous ces raisonnements, d'ailleurs, ne s'appliquent pas à la deuxième malade qui n'avait aucun trouble cardiaque pendant la vie.

M. Rendu pense que, dans les deux cas, les phénomènes mortels ont été dus à une paralysie du pneumogastrique et que le point de départ de l'asphyxie terminale a été un trouble fonctionnel d'origine bulbaire.

On a signalé, au cours des deux dernières épidémies d'influenza, une série de phénomènes bulbaires. M. Rendu a vu lui-même une dame qui, atteinte d'une grippe de moyenne intensité, présenta des accidents de tachycardie excessive compliqués de glycosurie et d'albuminurie, sans troubles pulmonaires. D'autre part, on a cité fréquemment des névrites scapulo-humérales et des paralysies secondaires généralisées aux quatre membres. Pourquoi le pneumogastrique serait il plus épargné que les nerfs périphériques ? Les syncopes et les crises d'angine de poitrine grippales sur lesquelles insistait M. Peter sont des phénomènes cliniques du même ordre.

Enfin, chez la seconde malade, le cœur a cessé de battre avant que la respiration ne se fût arrêtée. C'est là une preuve péremptoire en faveur de l'origine bulbaire de la paralysie cardiaque.

Délire vésanique dans les troubles de la nutrition

M. Ballet présente une observation de délire vésanique pouvant être rattaché à des troubles de la nutrition.

Une infirmière, s'étant beaucoup fatiguée à l'hôpital, est prise, au mois de septembre dernier de fièvre, d'anorexie et, brusquement, d'idées de persécution; on l'amène à Saint-Anne; il y avait, avec les idées de persécution, une obtusion mentale réelle.

M. Ballet dose la toxicité urinaire de la malade, et il trouve que 15 centimètres cubes d'urine par kilogramme d'animal suffisent à le tuer, tandis qu'à l'état ordinaire il faut de 40 à 60 centimètres cubes. La toxicité de cette urine était donc considérable. L'analyse chimique permit de découvrir dans ces urines une ptomaïne particulière.

Il se produisit dans l'état mental de la malade des améliorations et des rechutes. A chaque rechute, la toxicité des urines augmentait considérablement. On pourrait donc s'appuyer sur des arguments cliniques, expérimentaux et chimiques pour affirmer qu'il s'agit dans ce cas des troubles vésaniques liés à des troubles de la nutrition.

On peut se demander quel est cette ptomaïne que M Ballet a trouvé dans les urines de la malade. On retrouve, il est vrai, des ptomaïnes dans les urines normales, mais elles y sont en quantité très faible, et il faut expérimenter sur des quantités considérables d'urine.

Dans le cas présent, quelques centaines de grammes d'urine ont suffi pour recueillir cette ptomaïne.

Sans vouloir tirer aucune conclusion, M. Ballet pense qu'il était intéressant d'apporter cette observation qui vient à l'appui de la théorie de ceux qui distinguent, dans les vésanies, un classe particulière se rattachant à des troubles de nutrition.

Péritonite aiguë rhumatismale

M. Laveran. — Bien des auteurs mettent en doute l'existence des péritonites rhumatismales aiguës, graves, mortelles; il n'en existe que de très rares observations, et encore sont-elles incomplètes et très critiquées.

M. Laveran a vu récemment un cas de péritonite aiguë chez un rhumatisant; on peut ainsi le résumer : un infirmier du Val-de-Grâce, travaillant à la buanderie, prend un rhumatisme articulaire aigu; récidive très intense; au cours de celle-ci, phénomènes péritonitiques, douleurs abdominales très vives, mort.

A l'autopsie, on trouve une péritonite suppurée, sans aucune lésion intestinale primitive; l'examen bactériologique démontre la présence à l'état isolé de streptocoques dans le pus. Il s'agissait donc d'une péritonite suppurée chez un rhumatisant.

M. Rendu demande si les manifestations articulaires étaient du rhumatisme vrai, ou s'il ne s'agissait pas d'arthrites infectieuses de même origine et de même nature que la péritonite.

M. Laveran. — Il n'y avait aucun doute sur la nature rhumatismale des manifestations articulaires; le malade avait déjà eu des crises de rhumatisme aigu; de plus, il n'existait aucune cause d'infection au niveau des téguments.

Délire caféinique

M. Faisans lit deux observations qu'il a reçues de M. Vergely (de Bordeaux), et fort analogues à celles qu'il a lui-même présentées récemment à la Société. Il est à remarquer que, dans les deux cas de M. Vergely, il y avait des troubles des fonctions rénales.

COURRIER

—

CONCOURS POUR LE PROSECTORAT

Faculté de Paris. — Le concours pour deux places de prosecteur s est terminé par la nomination de MM Guillemain et Souligoux.

Faculté de Lyon. — Le concours pour deux places de prorecteur s'est terminé par la nomination de MM. Noué-Josserand et Villard.

Faculté de médecine de Paris. — La mort de M. Peter laisse vacante la place de clinique médicale de Necker. Qui en deviendra le titulaire ? M. Hayem ? M. Dieulafoy? M. Debove ?

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale est déclarée vacante à la Faculté de médecine.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Régis est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours complémentaire des maladies mentales.

Hôpital de Saintes. — La loi qui autorise la ville de Saintes à emprunter une somme de 587,000 francs pour agrandissement et appropriation de l'hôpital, est promulguée, à la date du 5 juin 1893.

Mérite agricole. — M. Saillard, directeur de l'Ecole de médecine de Besançon, est nommé chevalier du Mérite agricole.

Journaux de médecine. — D'après l'*Annuaire de la presse*, il existe à Paris 176 journaux de médecine, au lieu de 162 en 1892.

Hôpital homéopathique. — Le Czar vient de donner 5,000 roubles (13,000 francs), pour la création d'un hôpital homéopathique, qui portera le nom de l'empereur Alexandre II ! ! !

Distinctions honorifiques. — Le ministre de l'intérieur a décerné une *médaille de vermeil* à M. Sainz, interne provisoire des hôpitaux de Nantes, et une *médaille d'argent* à MM. les docteurs Sapelier, M. Laugier (de Paris), Sombret (de Gravelines), en témoignage de leur dévouement au cours de l'épidémie cholérique de 1892.

Création d'un hôpital-lazaret en Egypte. — Les puissances qui ont pris part à la Conférence sanitaire internationale de Venise ayant donné leur adhésion aux propositions du gouvernement égyptien, concernant l'application des mesures quarantenaires et sanitaires adoptées par ladite Conférence, il va être procédé à des travaux préliminaires relatifs à la construction d'un lazaret-hôpital près des sources de Moïse.

Postes de secours au bois de Boulogne. — On vient d'organiser au bois de Boulogne un certain nombre de postes de secours destinés à assurer les premiers soins en cas d'accidents.

Ces postes sont installés : porte Maillot ; pavillon d'Armenonville ; chalet des lacs ; pavillon chinois ; chalet des îles ; porte de Passy (maison du garde) ; porte de Boulogne ; chalet de la grande cascade ; pavillon du garde, chemin de Bagatelle ; maison du garde, chemin de l'Abbaye ; corps de garde du bois, près des lacs (c'est là qu'est le poste central). Ils sont placés sous la surveillance du docteur Ramonal.

Il paraît qu'on ne compte pas moins de 500 personnes blessées chaque année au bois de Boulogne : cavaliers, patineurs, piétons renversés par des voitures, enfants, etc.

Nécrologie. — MM. les docteurs Ygouin (Lyon) ; Léon ; Etienne ; Arthur Beraud (Vaison) ; H. Pajet (Fressenneville) ; Amiot (Chartres) ; Sucis (Rouen) ; Bonnefon (Saint-Léger-le-National) ; Sucis (Rouen) ; Lober (Lille) ; Gard (Toulouse) ; Fleurot (Val d'Ajol) ; Hospital (Dijon).

Corps de santé de la marine et des colonies. — M. le médecin principal Maget cesse ses services au 3e dépôt des équipages pour les continuer à la direction des défenses sous-marines.

M. Achard, médecin major au 30e bataillon de chasseur à pied, est désigné pour servir au bataillon de la légion étrangère au Dahomey.

M. le médecin de 2e classe Dupuy-Fromy est placé, sur sa demande, dans la position de congé hors cadre, pour servir en qualité de médecin de la municipalité de Saint-Pierre (îles Saint-Pierres-et-Miquelon), à compter du 1er juillet prochain.

— Le ministre demande le nom d'un médecin de 2e classe désireux de servir comme aide-major des batteries d'artillerie au Tonkin.

La promotion prochaine dans le corps de santé des colonies comprendra un médecin en chef de 1re classe, deux médecins en chef de 2e classe, deux médecins principaux et deux médecins de 1re classe.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement.

Une question thérapeutique n'est jamais définitivement résolue. Voici plus de cent cinquante ans qu'on discute sur le traitement des abcès de la marge de l'anus ; faut-il les ouvrir, comme toutes les collections purulentes, par une incision simple, ou doit-on les fendre à la manière d'une fistule ? Et la réponse, comme le paysan ivre de Luther, tombe tantôt d'un côté et tantôt de l'autre. Nous avions, il y a une dizaine d'années, réveillé le débat assoupi depuis Foubert et Faget, et, cette fois, des maîtres tels que Verneuil et Trélat nous paraissaient en avoir donné la solution définitive. Il n'en est rien et d'une discussion récente à la Société anatomique, il ressort que les deux pratiques, l'incision simple et la section de l'intestin, ont encore chacune ses partisans.

Vous connaissez en gros cette histoire : reprenant une idée émise par Saviard une cinquantaine d'années auparavant, Faget l'aîné lisait en 1743, devant l'Académie Royale de chirurgie, un mémoire de moins de cinq pages, « Remarques sur les abcès qui arrivent au fondement », où il nous montre que « il ne s'uffit pas d'ouvrir les abcès du fondement où le rectum est à découvert ; il faut inciser ou fendre cet intestin pour procurer sa réunion avec les parties voisines ; sans cette précaution, on n'obtient assez ordinairement qu'une fausse guérison et souvent la récidive oblige à des opérations beaucoup plus considérables que celle qu'on a manqué de faire d'abord ». Et, plus loin, il ajoute : « Il est nécessaire, si l'abcès s'étend un peu dans les graisses et si l'intestin est à découvert, d'ouvrir le rectum comme si l'on faisait l'opération de la fistule ; autrement, de nouvelles collections de matières se formeraient et la plaie ne pourrait manquer de devenir fistuleuse. »

Parmi les contemporains, J.-L. Petit semble avoir été le seul à patronner, sans restriction, la doctrine nouvelle ; une vive opposition même ne tarde pas à se manifester et, dès le tome troisième des mémoires de l'Académie Royale de chirurgie, Foubert, le célèbre directeur de la compagnie, donne une réfutation en règle de l'opération de Faget. Dans son travail « sur les grands abcès du fondement », il s'élève contre la section précoce de l'intestin, et lui préfère l'ouverture simple de la collection purulente qui suffit quelquefois pour amener une parfaite guérison ; si une fistule se forme, il sera toujours temps de l'opérer, et il fournit à l'appui de sa doctrine huit observations, fort contestables d'ailleurs et qui ne supportent guère l'analyse. Quoiqu'il en soit, telle est son opinion et désormais nous sommes en présence de deux thèses contradictoires : Dans les abcès de la région ano-rectale, faut-il ou ne faut-il pas inciser l'intestin ?

Jusqu'à nos jours, la doctrine de Foubert a dirigé la conduite de la presque unanimité des chirurgiens. Quelques-uns suivent ses préceptes à la lettre et se contentent, dans tous les cas, de la ponction simple de l'abcès à son point culminant ; d'autres, tout en agissant ainsi lorsque la collection n'est pas encore ouverte, admettent le procédé de Faget dans le seul cas où l'abcès a déjà perforé le rectum ; alors seulement ils incisent à la fois la peau et l'intestin : c'est la pratique de Sabatier, de Manes, de Bégin, de Ribes, de Velpeau, de Daniel Mollière, de Duplay, de Gosselin, de Nélaton. Lorsque, en 1886, nous fîmes un court mémoire sur cette question, mon élève, le docteur Emile de Barrau de Muratel, après une enquête sérieuse faite dans les services de chirurgie de Paris et à

la suite de recherches bibliographiques très sérieuses, en arriva à reconnaître que, parmi les contemporains, Chassaignac, Verneuil et Trélat étaient les seuls à défendre, par leur pratique et par leur enseignement, la méthode de l'incision préventive du sphincter. Et nous relevons, dans une clinique de Trélat professée peu après la publication de mon opuscule : « Je suis de l'avis de Reclus, mais avant lui et Je reste du même avis avec lui et après lui... les abcès de la marge de l'anus doivent être traités par la méthode de Faget, c'est-à-dire par une large incision qui réalise en un seul temps et l'ouverture de l'abcès et l'opération de la fistule consécutive à cet abcès. »

En effet, telle était aussi la conclusion de notre travail de 1886 : Tout abcès de la région ano-rectal doit être traité comme une fistule borgne externe dont, après ouverture spontanée ou provoquée, il est devenu le parfait équivalent. Nous allons ainsi au devant du mal qui se prépare et, par une incision précoce de l'intestin, nous évitons de nouveaux abcès et des décollements plus étendus ; nous supprimons du même coup cette période énervante entre la collection purulente qui ne se tarit pas ou se réforme derrière la cicatrice cutanée et la fistule qui s'organise. Donc, pour tout abcès de la région ano-rectale nous proposons la conduite suivante : ponctionner le foyer au point le plus déclive et, par l'orifice ainsi créé, introduire une sonde cannelée qui révèle la direction et l'étendue du décollement qu'il faut fendre dans toute sa hauteur. L'anus est alors dilaté avec le speculum, ce qui permet d'examiner et de régulariser les moindres replis de la plaie ; les diverticules sont ouverts et la perte de substances, plate et inanfractueuse guérit lentement, mais sûrement.

Comment une fistule ne serait-elle pas la conséquence à peu près fatale de ces abcès qui, pensions-nous alors, se développent toujours dans la fosse ischio-rectale? Que ces collections soient d'origine inflammatoire ou tuberculeuse, la suppuration franche ou le ramollissement du foyer caséeux aura pour résultat, ainsi que l'avait bien indiqué Faget, et après lui tous les pathologistes, la destruction à peu près totale des graisses de la région ; or, lorsqu'elles ont disparu, il reste un espace vide, limité par des plans rigides qui ne peuvent se rapprocher ; en dehors, la paroi osteo-musculo-aponévrotique de l'ischion, du pubis et de l'obturateur ; en dedans, le sphincter et le releveur de l'anus. Nous ne voyons point par quel artifice ou par quel mécanisme la nature pourrait cicatriser cet espace; il faudrait, de la part des bourgeons charnus, une exubérance et une plasticité qu'il n'ont pas d'habitude. La fistule se formera et nous ajoutions que, si cette terminaison n'était pas absolument fatale, on pouvait affirmer que, *pratiquement*, c'était la seule observée.

Cette assertion fut contestée par notre collègue Bazy. Pour lui, l'incision simple de Fonbert, la ponction de l'abcès à son point le plus déclive est suffisante ; grâce à une ouverture bien faite et à un drainage soigneux, on peut amener une cicatrisation légitime, sans fistule consécutive et, à l'appui de son dire, il cite deux observations de sa pratique où cette conduite a eu le meilleur résultat. Or, n'est-il pas évident que, si la guérison est obtenue par la ponction simple, celle-ci doit être préférée à l'opération de Faget qui amène des délabrements tels que la réparation en est très lente ; puis, inconvénient plus grave encore, on sectionnera le sphincter, ce qui n'est pas négligeable, puisqu'une incontinence de matières fécales en est souvent la conséquence. Ces deux arguments ont de la valeur ; en effet, après l'incision de l'intestin, la cicatrisation réclame environ trois semaine ou un mois et si l'incontinence, n'est pas fréquente, comme l'affirme Bazy, elle a été observée quelquefois, d'une façon ordinairement passagère, c'est vrai, mais enfin elle a été observée.

La question se trouve donc posée dans les termes suivants : Est-il vrai que la ponction simple puisse amener la guérison de la collection péri-rectale. Si oui, le problème est résolu et c'est à elle que nous aurons désormais recours. Mais j'essayais de montrer

alors que certaines distinctions étaient nécessaires, et une étude plus attentive de l'anatomie pathologique des abcès de la région me prouva qu'il fallait en distinguer deux variétés : je dis « deux » pour laisser de côté une forme peu importante, les abcès de la rainure interfessière, abcès très bénins, collections intra-dermiques, sortes de furoncles qui se développent le plus souvent dans l'appareil pilo-sébacé de la région; parfois, ils ont une origine tuberculeuse et nous avons cité deux observations où la matière puriforme avait certainement pour origine le ramollissement d'un noyau caséeux. Mon élève M. Melloche, dans une thèse excellente dont j'aurai à vous reparler, a recueilli de son côté deux faits de ce genre. Mais nous n'avons pas ici à nous occuper de ces collections intra-dermiques, qu'elles soient tuberculeuses ou inflammatoires, car leur thérapeutique ne diffère en rien de celle des furoncles et des autres régions.

Si l'on consulte les classiques à l'article « abcès » de la région ano-rectale, on ne trouve mentionnés, outre les collections intra-dermique que les abcès de la fosse ischio-rectale; à lire la description de nos maîtres, il semble que le pus s'amasse toujours entre le releveur de l'anus et le sphincter en dedans, l'ischion et le pubis en dehors. Nos recherches nous ont prouvé qu'il n'en est rien et que si ces collections, que nous nommerons extra-sphinctérienne, c'est-à-dire situées en dehors du sphincter, existent réellement, elles sont peu nombreuses, et le plus souvent les abcès de l'anus sont situés sous la peau marginale et sous la muqueuse; ils se développent en dedans du sphincter; aussi, dans notre classification, leur réservons-nous le nom d'intra-sphinctériens. Un court instant, nous avons cru être le premier à établir cette distinction, mais, plus tard, nous avons vu qu'Allingham la connaissait déjà, et Melloche, dans un historique très étudié, constate que Danyau, dans une thèse de concours de 1832, avait assez nettement marqué les deux localisations possibles des abcès péri-anaux.

Or, les abcès intra-sphinctériens ou sous-cutanéo-muqueux qu'ignoraient nos maîtres, sont les plus fréquents: dans quelle proportion, je ne saurais le dire, et de nouvelles statistiques seront nécessaires. Melloche, sur 43 observations personnelles, la plupart recueillies dans notre service, a trouvé 11 abcès tubéreux, 29 abcès intra-sphinctériens ou sous-cutanéo-muqueux et 4 seulement extra- sphinctériens ou de la fosse ischio-rectale. D'après le relevé d'une année à l'hôpital Broussais, j'en ai constaté 18 intra-sphinctériens et seulement 4 extra-sphinctériens. Il est vrai qu'ici, dans notre service de la Pitié, j'ai déjà recueilli deux faits incontestables de collection ischio-rectale contre 13 sous-cutanéo-muqueux. Je ne saurais donc me prononcer avec certitude, mais je m'imagine que la proportion de 1 sur 10 correspond à peu près à la réalité des choses, et je ne crois pas, comme l'écrit Bazy, dans un récent article, que ces collections de la fosse ischio-rectale soient « beaucoup plus fréquentes que ne l'a un moment pensé et dit M. Reclus ».

Quel traitement convient à chacune de ces deux variétés ? Les abcès sous-cutanéo-muqueux ou intra-sphinctériens sont tantôt d'origine inflammatoire et tantôt de nature tuberculeuse. Les collections bacillaires ne sont pas rares, et j'ai cité ailleurs des observations qui prouvent jusqu'à l'évidence que, pour ces abcès, la ponction simple est absolument insuffisante. J'ai vu, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme dont l'abcès, quoique volumineux, saillant au dehors et fluctuant sous la muqueuse de l'intestin, était bien intra-sphinctérien et non développé dans la fosse ischio-rectale. Il fut incisé largement, soigneusement désinfecté au bi-iodure de mercure et drainé selon les règles: nous voulions, d'une façon loyale, essayer du procédé de Foubert. Mais, au bout de trois semaines, notre stylet introduit dans l'orifice remontait encore à plus de 6 centimètres. Le décollement était aussi profond qu'au premier jour; les bords de la plaie étaient renversés,

les bourgeons charnus blafards; la cavité mise à nu fut trouvée recouverte de matières tuberculeuses. Nous avons dû, au bout d'un mois, pratiquer l'opération de la fistule.

Mais ce point est acquis et il n'est pas besoin d'insister. La même thérapeutique est-elle aussi de rigueur dans les collections d'origine inflammatoire. La ponction simple, au point le plus déclive, ne suffirait-elle pas à procurer la guérison ? C'est possible, et quelques observations semblent le prouver. En effet, rien ici ne s'oppose d'une manière absolue à la cicatrisation; la muqueuse séparée de la musculaire par la collection, peut s'en rapprocher après évacuation du pus et les deux tuniques peuvent se souder. C'est possible, mais bien difficile, car pendant la défécation ou lors de l'expulsion des gaz, les diverses membranes du rectum glissent les unes sur les autres et ces mouvements fréquents sont pour nuire à la cicatrisation, impossible d'ailleurs lorsque déjà l'abcès s'est ouvert dans le rectum; la pénétration des matières par cet orifice infecte la cavité, entretient la suppuration et s'oppose à la convalescence.

La preuve que la cicatrisation, après ouverture simple est difficile, c'est le nombre considérable de fistules sous-cutanéo-muqueuses que nous observons. L'abcès a été ponctionné au point le plus déclive où la peau s'est ulcérée spontanément. La guérison pourtant ne survint pas et l'on voit s'établir des fistules permanentes ou intermittentes. Aussi, je me demande pourquoi, même dans cette variété qui me paraît, à moi, la moins défavorable à la méthode de Foubert, on n'aurait pas recours à l'opération de Faget? Il est inutile de s'exposer à la formation trop probable d'une fistule, d'autant que nous ne voyons guère ici les inconvénients de la section de l'intestin; il y a bien peut-être la guérison plus lente, mais on ne saurait invoquer l'incontinence des matières fécales consécutive à la section du sphincter, puisque le sphincter est en dehors du décollement. Une cicatrisation retardée, c'est peu pour nous faire courir les risques d'une fistule. Aussi j'ai recours au procédé de Faget.

A plus forte raison, dirai-je, lorsqu'il s'agit d'une collection extra-sphinctérienne, de celles qui s'assemblent dans la fosse ischio-rectale dont les plans ostéo-musculo-aponévrotiques ne peuvent s'affaisser et se mettre en contact après la destruction des graisses qui naguère comblaient la cavité. Comment alors éviter la fistule si la section de sphincter ne permet l'affrontement des parois et leur coalescence par fusion des bourgeons charnus! Nous avons exposé plus haut, et d'après Faget, les raisons qui militent en faveur de cette pratique et, dans des cliniques antérieures, nous avons, comme l'ont fait nos prédécesseurs, montré, par de nombreux exemples que la ponction simple, au point le plus déclive était inefficace et à peu près sûrement suivie de la formation d un trajet fistuleux. Nous ne reviendrons pas sur ces cas qui nous paraissait péremptoire et où l'on voyait des individus à qui des chirurgiens habiles avait ouvert des collections ischio-rectales d'après la méthode de Foubert, et qui revenaient au bout de quelques temps avec un abcès récidivant ou une fistule déjà organisée.

Aussi avais-je cru pouvoir donner comme conclusion générale d'une clinique sur le traitement des collections péri-anales, les préceptes suivants : La méthode de Faget, l'incision de l'intestin dans toute la hauteur du décollement, demeure pour nous la méthode de choix; elle seule évitera l'apparition d'une fistule dans les abcès de la fosse ischio-rectale ou extra-sphinctérienne, que vos abcès soient d'origine inflammatoire ou de nature tuberculeuse; il en sera de même dans la variété tuberculeuse des abcès extra-sphinctériens ou sous-muqueux; dans la variété inflammatoire, le procédé de Foubert, la ponction simple au point le plus déclive, peut être suivi de succès, mais ce résultat heureux est sans doute si exceptionnel et nous en connaissons si peu d'exemple, qu'il nous semble plus sûr, même alors, d'inciser la collection et de fendre le décollement. Nous pensions que cette thérapeutique, développement logique de l'enseignement de

Chassaignac, de Verneuil et de Trélat était généralement acceptée : il paraît qu'il n'en est rien.

Nous trouvons, dans les *Bulletins de la Société d'Anatomie*, une discussion intéressante à propos d'une communication de M. Hartmann sur l'anatomie pathologique et le traitement des abcès de la fosse ischio-rectale. L'auteur et après lui Delbet et Auguste Broca nous disent que, acceptant en cela les idées du professeur Terrier, ils se gardent d'inciser le sphincter, lorsque l'abcès a pour siège la fosse ischio-rectale. Auguste Broca est des plus explicites à ce sujet et je cite ses propres paroles : je crois que l'indication est de toujours fendre le rectum d'emblée dans les abcès sous-muqueux, c'est-à-dire extra-sphinctériens et jamais dans les abcès de la fosse ischio-rectale, c'est-à-dire intra-sphinctériens. Si je pense, comme M. Reclus, que les abcès de la fosse ischio-rectale sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit, la plupart des abcès péri-anaux étant intra-sphinctériens, ma pratique opératoire est juste l'inverse de la sienne; je fais la section d'emblée pour les seconds et non pas pour les premiers.

Il y a là une légère erreur : d'après moi, il vaut mieux *toujours* inciser l'intestin ; je le sectionne dans les deux cas : Nous sommes donc d'accord pour les abcès sous-muqueux ou intra-sphinctériens, de beaucoup les plus nombreux; l'un et l'autre, nous fendons le décollement. Aussi ne reste-t-il plus qu'à discuter la conduite à tenir à propos des collections de la fosse ischio-rectale, des abcès extra-sphinctériens. Je me hâte de dire, que si l'incision simple suffit pour assurer la guérison, je me range à l'avis de mon jeune collègue ; il n'est pas indifférent de sectionner le sphincter; d'abord, après ce délabrement, nous l'avons déjà dit, la guérison est beaucoup plus lente à venir, puis on cite çà et là des faits où l'incontinence des matières fécales en aurait été la conséquence. Pour ma part, je n'ai jamais vu cette incontinence persister au delà de quelques mois, mais il n'est pas indifférent de s'exposer à infliger cette infirmité, ne fût-elle que temporaire, et dores et déjà je me rallie à l'opération simple, si cette incision est suffisante pour assurer la guérison, sans avoir à craindre une fistule consécutive.

Mais vraiment j'ai peur qu'il n'en soit pas ainsi et il me semble qu'un nombre considérable d'observations où l'incision a été pratiquée, le drainage, la désinfection du foyer, viennent, par leur insuccès thérapeutique et l'apparition d'un trajet fistuleux, témoigner de l'insuffisance de la méthode. Je ne voudrais pas reproduire ici les nombreux faits où les meilleurs chirurgiens ont échoué dans leurs tentatives. J'ai voulu plusieurs fois, après les discussions de la Société de chirurgie, essayer du procédé de Foubert, et je dois dire que l'échec a été de règle. Je puis vous en citer encore un cas tout récent : Rappelez-vous ce marchand de vins de soixante-et-un ans, qui entra dans nos salles pour un phlegmon de l'œil; l'orbite était évidé et la guérison était obtenue, lorsque survint un abcès de la fosse ischio-rectale. Un de mes internes l'incise largement et au bout de peu de jours notre opéré s'en va guéri. Il rentre pour des accidents cardio-pulmonaires dans le service du Dr Albert Robin; je l'examine à nouveau et je trouvai sur la cicatrice une petite perte de substance par où mon stylet s'enfonce dans un trajet fistuleux. La cicatrisation n'était qu'apparente.

Serait-ce parce que l'incision n'avait pas été correcte. M. Pierre Delbet et Auguste Roca nous disent qu'il faut pratiquer une large incision antéro-postérieure parallèle au raphé périnéal médian ; grâce à elle, la cicatrisation survient ; bien que, dans un cas de M. Delbet, le phlegmon entourait le rectum et envahit les deux fosses ischio-rectales. La guérison n'en fut pas moins obtenue. Or, comme nos collègues savent ce que parler veut dire, il est évident, bien qu'ils ne le spécifient pas dans leur courte communication, qu'ils ont revu leurs opérés et constaté l'absence de récidive. Le fait est de grande importance. Mon interne aurait certainement cru à la guérison définitive de

son malade, si les hasards d'une autre affection ne l'avait pas ramené dans le même hôpital et si nous n'avions pas eu la curiosité de vérifier l'état de la région.

Il y a donc là un point à contrôler et je doute encore; mais l'opinion de mes collègues pèse cependant d'un trop grand poids pour ne pas essayer de l'incision simple des abcès de la fosse ischio-rectale. dès qu'un cas se présentera dans notre pratique, et j'aurai bien soin d'orienter mon incision comme on nous l'indique; longue ouverture de tout le foyer, par une incision antéro-postérieure, parallèle au repli périnéal médian. On ne peut juger d'une méthode que lorsqu'on l'a essayée loyalement, suivant au pied de la lettre les instructions de ceux qui la préconisent et à qui elle a donné des succès. Aussi, Messieurs, je résumerai cette conférence de la manière suivante : pour les abcès intra-sphinctériens, de beaucoup les plus nombreux, dans la proportion de dix à un si j'en crois mes relevés, nous aurons recours à la méthode de Faget; pour les extra-sphinctériens de bons chirurgiens paraissent avoir obtenu des succès par la simple incision antéro-postérieure ; nous devons essayer du procédé, car, s'il est efficace, il est très supérieur à l'incision du sphincter, puisqu'il provoque moins de délabrement, guérit plus vite et n'expose pas à l'incontinence des matières fécales.

De l'emploi du thermomètre dans la constatation de la mort réelle

La Société pour la crémation a fait d'intéressantes observations sur la marche suivie par la température du corps, depuis l'instant de la mort jusqu'au moment où l'organisme ne suivant plus la température invariable d'un corps animal vivant, se met en équilibre avec le milieu ambiant et suit ses variations thermométriques. On comprend l'importance de ces constatations quand on sait combien il est parfois difficile de distinguer la mort apparente de la mort réelle, et on ne peut qu'applaudir à la découverte d'un moyen sûr et facile qui donne toute certitude dans nos pays et qui peut aussi calmer les terreurs du reste heureusement peu justifiées, de tant de personnes qui ont peur d'être enterrées vivantes ou brûlées vives.

Voici une observation qui peut servir de type :

L'enfant X., atteint d'*idiotie méningitique*, est mort de granule tuberculeuse le 8 avril 1893. Voici le tableau des températures qui ont été prises :

T. rectale	T. du corps.	T. de la chambre.
—	—	—
Aussitôt après la mort.	39°,5	»
1/4 d'heure après.	39	»
1 h. après.	36	»
2 h. —	35	»
5 h. —	18	22°
8 h. —	14	19
11 h. —	11	17
14 h. —	11	14
17 h. —	22	22

Cinq heures après la mort, la *température rectale* s'est donc abaissée au-dessous de la *température de la chambre*, et seulement au bout de dix-sept heures le cadavre s'est mis en équilibre avec la température de la chambre. Le thermomètre fournit donc, dans nos climats, un moyen certain de distinguer la mort réelle de la mort apparente.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

M. le Président prononce quelques mots émus sur la mort de M. le professeur Peter, exprimant les regrets de l'Académie, qui perd en lui un de ses membres les plus distingués.

M. Richelot fait une communication sur un *cas d'extirpation de rate hypertrophiée, tombée dans le petit bassin.*

Il s'agit d'une femme de 27 ans, ayant eu deux grossesses ; le dernier accouchement a eu lieu il y a trois ans.

Depuis un certain temps, cette femme était atteinte de troubles s'accentuant chaque jour, résultant de la présence dans le petit bassin d'une tumeur qui comprimait le rectum et le vagin. Il n'y avait ni leucorrhée ni hémorrhagies vaginales. Au toucher, on sentait dans le cul de sac postérieur une tumeur arrondie, grosse comme les deux poings, située sur la ligne urinaire. Le toucher bi-manuel révélait une mobilité peu nette, mais on sentait toutefois que l'utérus, repoussé en avant, devait être en partie indépendant de cette tumeur.

M. Richelot pensa à un fibrome, ayant un pédicule un peu long, ce qui expliquait cette apparence d'indépendance de la part de l'utérus, et il résolut de pratiquer l'ablation de la tumeur. Il fit la laparotomie et tomba sur une rate hypertrophiée, dont l'extrémité supérieure, basculée, était dans la fosse iliaque droite et dont la face convexe regardait en haut. Elle adhérait faiblement aux parties avoisinantes, notamment à l'appendice du canal, et avait entraîné avec elle la peau du pancréas. Le pédicule de cette tumeur d'un nouveau genre était formé par l'épiploon gastro-splénique et le pancréas.

Les suites opératoires furent de la plus grande simplicité et la malade guérit rapidement.

M. Defontaine : « J'ai fait deux fois et avec succès, *l'extirpation du pylore cancéreux.*

Ma première opération date du 1er mai 1882. La malade va actuellement très bien, elle digère tous les aliments et n'a pas vomi une seule fois depuis ; son poids a augmenté de 30 livres.

Ma dernière opération date du 14 mai dernier. Dès le quatrième jour, la malade s'est alimentée. Le douzième jour elle s'est levée, à ce moment elle digérait le pain et la viande, le quinzième jour elle est retournée chez elle. Chez ces deux malades qui vomissaient tout aliment solide ou même liquide, le bien-être est revenu très rapidement et même avant d'avoir pris aucun aliment. Dès le troisième ou le quatrième jour après l'opération, le teint jaune et terreux a fait place au teint clair, ce qui est dû à la fin de l'intoxication par les substances qui stagnaient dans l'estomac. En effet, l'ablation du pylore cancéreux avec abouchement duodéno-stomacal dans un orifice large fonctionnait d'emblée très bien, ce qui n'est pas constant pour l'orifice artificiel d'une gastro-enterostomie quelconque, ainsi que le prouve la multiplicité des procédés préconisés. La pylorectomie typique, quand elle est possible, est donc supérieure parce qu'elle supprime le cancer et d'emblée livre passage aux matières alimentaires. Si les sutures sont

bien faites la forme en raquette de la ligne de réunion n'a pas d'inconvénients. J'ai toujours fait des sutures en surjet entrecoupé. Une suture muco-muqueuse et une rangée séro-séreuse suffisent.

M. Lagneau commence une communication intitulée : *Observations démographiques sur l'habitat parisien.* Nous en rendrons compte quand elle sera terminée.

ÉLECTIONS DE DEUX CORRESPONDANTS NATIONAUX

Premier tour.

Votants : 59 — Majorité absolue : 30.

MM.	Fleury (Nantes) . . .	35 voix	Elu
	Hugonnenq (Lyon) . . .	13 —	
	Linossier (Lyon) . . .	8 —	
	Bleicher (Nancy) . . .	2 —	
	Lacuer (Le Mans) . . .	1 —	

Deuxième tour.

Votants : 54 — Majorité absolue : 28.

MM.	Linossier	46 voix	Elu
	Hugonnenq	7 —	
	Bleicher	1 —	

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 juin 1893. — Présidence de M. Fournier.

Epithéliomas de la face

M. Du Castel présente un homme atteint d'un épithélioma végétant du nez qui s'est déclaré il y a huit ans. La marche s'est faite de l'intérieur à l'extérieur, et la tumeur est entourée d'une zone rouge qui est peut-être inflammatoire, à moins qu'il ne s'agisse du commencement d'une infiltration spécifique.

M. Besnier propose de traiter la tumeur par des applications de naphtol camphré.

M. Fournier, tout en admettant qu'il s'agit d'un épithélioma, rappelle la confusion possible avec les syphilides végétantes et tuberculeuses; il faut rechercher avec soin les antécédents du malade.

M. Darier présente 5 malades atteints autrefois d'épithéliomas des paupières et guéris dans un laps de temps très court par des attouchements avec le bleu de méthyle et l'acide chromique successivement. Ce moyen a l'avantage de n'être pas douloureux et d'amener une guérison rapide sans cicatrices difformes. Il est très recommandable dans toutes les formes bénignes d'épithéliomas superficiels où l'on hésite à intervenir chirurgicalement. Il faut débarrasser d'abord la surface ulcérée des croûtes qui la recouvrent, au moyen de cataplasmes antiseptiques de fécule de pomme de terre cuite dans une solution de sublimé à 1/1000e. S'il existe un bourrelet épidermique trop saillant, épais, carré, il faut le toucher très légèrement au galvanocautère pour permettre aux agents chimiques de pénétrer jusqu'aux couches profondes du néoplasme.

La surface sur laquelle on doit agir étant bien détergée, on l'insensibilise au moyen d'une légère compresse de ouate trempée dans une solution de cocaïne à 10 p. 100. Cela fait, on imbibe toute la surface malade avec un pinceau trempé dans une solution concentrée de bleu de méthyle, 1 gramme pour 5 grammes d'alcool et 5 grammes de glycé-

rine. Toutes les parties teintes en bleu sont alors touchées très légèrement avec un stylet d'acier trempé dans une solution d'acide chromique à 1/5; il se produit une réaction couleur pourpre. On réapplique encore une fois du bleu, après quoi on lave soigneusement le pourtour du mal pour enlever l'excès de couleur.

Pansements consécutifs : cataplasmes de fécule ou simples compresses au sublimé en permanence,pour éviter la formation de croûtes qui retarderaient les applications subséquentes. Les attouchements sont répétés 4 ou 5 fois à 2 ou 3 jours d'intervalle; puis, on nese sert plus ensuite que du bleu de méthyle, jusqu'à ce que le derme reformé n'absorbe plus la couleur.

Dans les formes térébrantes avec induration profonde, il serait indiqué de faire des injections interstitielles de bleu de méthyle, tout en faisant les attouchements ci-dessus sur la surface ulcérée, en se montrant très prudent dans le traitement de l'acide chromique dans ce cas.

Il est probable que ce traitement ne mettra pas à l'abri des récidives, mais il sera toujours facile de traiter ces dernières.

Eléphantiasis

Une malade de MM. Fournier et Mendel est atteinte d'éléphantiasis des jambes très marqué et de cause inconnue; la maladie a débuté il y a une dizaine d'années et a marché lentement sans qu'on puisse rattacher son apparition ni à un érysipèle, ni à des lymphangistes, ni à des varices. Aucune cause étiologique n'est appréciable. A deux reprises la peau des deux jambes s'est fendue en un point et il s'est écoulé des quantités considérables de lymphe. Cet accident est arrivé il y a un mois et la plaie de la jambe gauche est devenue gangréneuse. Des soins antiseptiques appropriés ont amené la guérison de l'ulcération.

Pemphigus à kystes épidermiques

M. Quinquaud présente une petite malade atteinte de pemphigus à kystes épidermiques. L'éruption a commencé à se produire à l'âge de dix ans et est à peu près aprurigineuse. La disparition des kystes se fait sans production de cicatrices et ils sont souvent remplacés par de nouveaux. Par-ci, par-là, il y a quelques traces cicatricielles, qui tiennent à des excoriations de grattage ou à des infections secondaires. Chaque période éruptive est acc mpagnée d'un accroissement de la toxicité du sérum. L'antisepsie intestinale a été suivie d'une amélioration notable.

Dermatite bulbeuse chronique

MM. Hallopeau et Brodier présentent une malade atteinte de dermatite bulbeuse chronique. Son histoire est remarquable par l'extrême gravité des accidents généraux qui ont laissé pendant longtemps peu de chances de survie, par la durée et l'intensité de la fièvre, par la production d'un délire persistant, par la formation d'abcès multiples et volumineux dans le tissu cellulaire sous-cutané ; par la production de cicatrices à la suite des éruptions bulbeuse, et enfin par la lichénification consécutive des membres supérieurés. Ce dernier fait vient à l'appui de l'opinion de M. Burq, qui considère cette lichénification comme caractérisant non une maladie, mais un syndrôme lié au grattage.

Communications diverses

M. Galezowski expose le traitement qu'il emploie dans le *décollement syphilitique de la rétine*. On doit faire faire, pendant deux années de suite, des frictions, sur les jointures;

avec 2 gr. d'onguent mercuriel double par friction. Chaque soir, on applique la pommade sur une jointure différente, on interrompt le traitement le plus rarement possible et jamais plus d'une quinzaine de jours. On peut presque toujours éviter la salivation en prescrivant des gargarismes de chlorate de potasse et le tremblement ne se produit qu'extrêmement rarement.

— M. Hallopeau présente une malade atteinte d'une volumineuse corne unguéale implantée sur la matrice de l'ongle et mesurant 7 centimètres de long.

— M. Zambac-Pacha présente des photographies de malades atteints de *lèpre* indigène.

— M. Fournier présente deux femmes atteintes de *leucodermie syphilitique* chez lesquelles il y a mélange de taches achromiques et hyperchromiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 juin 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : MM. Charvin : Action du bacille pyocyanique sur le système nerveux. — Richet : Le parachloralose. — Cadiot et Meunier : Diffusion du bacille de Koch. — Cassaët : La teinture de cantharide dans les néphrites. — Communications diverses.

M. Charvin a étudié l'action du bacille pyocyanique introduit sous la dure-mère et il a injecté des cultures très virulentes. La survie a été très courte et n'a pas dépassé deux jours et demi. Au contraire, si l'on pratique l'inoculation dans la gaîne des nerfs, il se produit des névrites, mais le virus ne se diffuse pas.

M. Richet a étudié le parachloralose qui se forme en même temps que la chloralose lorsque l'on fait réagir le chloral sur le sucre ; le parachloralose est insoluble et inactif.

M. Pillet a observé, dans le service de M. Tillaux, un cas de kyste aberrant du corps thyroïde. Il se reliait à la glande par un pédicule et était adénomateux. En général, au contraire, les corps thyroïdes aberrants que l'on observe ont la structure normale.

M. Charrin communique une note de MM. Cadioc et Meunier, relative à la résistance et à la diffusion du bacille de Koch. Ces auteurs ont fait manger des viandes infectées à des chiens et à des pigeons, et ont pu trouver des colonies virulentes dans les fèces, après plusieurs jours. Il ne faut donc pas donner de viandes tuberculeuses à des chiens qui peuvent disséminer les bacilles par leurs matières fécales.

M. Cassaet a étudié la teinture de cantharide qui est la forme pharmaceutique la meilleure pour l'administration de ce corps. Six gouttes de teinture ne contiennent que la quatre à cinq centième partie de la cantharidine qui se trouve dans un vésicatoire et elle est mieux tolérée. Jamais il n'y a d'hématurie, d'albuminurie, ni de cystite. L'auteur a essayé la cantharidine dans la néphrite épithéliale aiguë ou chronique, les urines augmentent rapidement de quantité; l'albuminurie diminue; l'urée et en générale toutes les substances toxiques sont éliminées en plus grande proportion. L'action du médicament est très rapide et il est des plus utiles dans les souffrances urinaires aiguës d'origine épithéliale.

MM. Roger et Cadiot ont observé un chien porteur d'une tumeur du cervelet qu'ils ont diagnostiquée pendant la vie. L'animal titubait, avait des mouvements désordonnés et déviait constamment à droite et à gauche. Il cherchait toujours à s'appuyer sur les murs de la pièce où il se trouvait afin de pouvoir progresser plus facilement. Le lobe gauche du cervelet était entièrement détruit par une volumineuse tumeur, mais le vermis était intact. La démarche ébrieuse n'indique donc pas toujours une lésion de cette partie du cervelet.

D'après les expériences de MM. Courmont et Doyon poursuivies sur la grenouille, la véritable toxine tétanique est fabriquée par l'organisme.

Inoculé avec les seuls produits solubles du bacille de Nicolaïer, l'animal se tétanise en été ou quand on le chauffe et est réfractaire en hiver. Il y aurait une véritable fermentation qui produirait le poison tétanisant.

M. Morau a étudié l'action de l'acide picrique sur les épithéliomas, en se servant de la solution saturée à 2 0/0 qui est fort peu toxique. L'élément celluloïde des épithéliomas, mis en contact avec cette solution, meurt très rapidement, par dégénérescence vitreuse. M. Morau a pu améliorer beaucoup, par des badigeons d'acide picrique, un épithélioma inopérable de la verge.

M. Quinquaud a pu obtenir la cicatrisation des épithéliomas avec des applications de la solution saturée d'acide picrique, mais il a toujours vu le néoplasme récidiver autour d'un noyau non détruit.

COURRIER

Obsèques du professeur M. Peter. — Les obsèques du professeur M. Peter ont eu lieu mardi à midi, à l'église de Saint-Louis d'Antin. Une foule considérable assistait à la cérémonie. La Faculté s'était fait représenter officiellement et beaucoup de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, ainsi qu'un grand nombre de ses élèves, avaient tenu à dire un dernier adieu à Peter.

Suivant la volonté expresse du défunt, aucun discours n'a été prononcé, et le cercueil, placé dans le fourgon, et dépouillé des nombreuses couronnes qui l'entouraient est parti pour Versailles où doit avoir lieu l'inhumation.

La Faculté de médecine a été fermée mardi en signe de deuil.

Concours du bureau central (médecine). — Voici les noms des candidats qui ont été admis à subir la deuxième épreuve : MM. Lebreton, Achard, Widal, Duflocq, Thoinot, Queyrai, Ménétrier, Guinon, Gallais, Launais, Florand, Dubief, Blocq, Bruhl, Hudelo, Vaquez, Létienne, Lesage, Gérode, Capitan, de Gennes, Toupet, Martin de Gimard, Jeanselme, Barbier, Facquet, Wurtz, Springer, Courtois-Suffit, Pilliet.

Exercice illégal de la médecine. — Un charlatan vient de terminer sa carrière par un exploit qui coûtera probablement la vie à son trop crédule client. Ce dernier, marchand de vin, souffrait de la goutte depuis vingt ans. Il y a environ un mois, une voisine lui donnait l'adresse d'un homme extraordinaire qui, sans être docteur, opérait des cures véritablement merveilleuses.

Le sauveur fut immédiatement mandé chez le marchand de vins, qui se soumit les yeux fermés au traitement du charlatan. Celui-ci ordonna des applications d'une pommade mercurielle sur les organes atteints.

Notre malade suivit si bien l'ordonnance que bientôt les os étaient à nu et l'empoisonnement le moins équivoque se déclara par une salivation effrayante, des nausées, des étourdissements, etc.

On se décida, alors, à faire appel à un médecin, lequel n'hésita pas à adresser son rapport au commissaire de police du quartier. Une enquête fut immédiatement ouverte et l'arrestation du charlatan décidée, sous l'inculpation de tentative d'homicide, d'escroquerie et d'exercice illégal de la médecine.

On parle aussi du décès d'une femme traitée par ce guérisseur. L'exhumation et l'autopsie du corps de cette femme seront probablement ordonnées par le parquet.

Mais le plus curieux dans le cas du marchand de vins dont l'état est très grave, c'est qu'il s'pppose formellement, pour sa part, à ce que des poursuites soient exercées contre son guérisseur !

Corps de santé de la marine et des colonies. — Le jury chargé d'examiner les candidats à l'emploi de professeurs répétiteurs de pathologie interne et de thérapeutique, à l'Ecole principale du service de santé, à Bordeaux, sera composé de MM. le directeur du service de santé Auffret, président ; le médecin en chef Guès, directeur de l'Ecole de Bordeaux ; le médecin principal Brémaud, professeur à l'Ecole annexe de Brest. Le concours s'ouvrira à Bordeaux, le 31 juillet prochain.

— Par décret du 8 juin, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de 1re classe, M. le médecin en chef de 2e classe C.-T.-F.-M. Grall ;

Au grade de médecin en chef de 2e classe, MM. les médecins principaux E.-A. Chédan et J.-R. Nivard ;

Au grade de médecin principal, MM. les médecins de 1re classe (ancienneté) F. Devoti ; (choix) E.-L.-M.-F. Parnet ;

Au grade de médecin de 1re classe, MM. les médecin de 2e classe (choix) A.-A. Texier ; (ancienneté) L.-F.-A. Portel ;

Au grade de médecin de 2e classe, M. J.-M. Allain, médecin de 2e classe de la marine, 7 mai 1892.

M. le médecin de 1re classe Pellissier est désigné pour servir comme médecin-major du ponton-hôpital la *Corrèze*, à Diégo-Suarez.

M. le médecin de 2e classe Titi ira servir comme médecin-major de l'*Inconstant*, en Chine.

M. le médecin de 2e classe Cairon est désigné pour servir, comme médecin en sous-ordre, sur la *Loire*, à Saïgon.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA RÉFORME DU SERVICE MÉDICAL DANS PARIS

Nous avons annoncé, en son temps, l'adoption par le Conseil supérieur de l'Assistance publique d'un projet de réorganisation de l'assistance à domicile dans la Ville de Paris.

L'importance du sujet qui, en dehors des questions d'ordre purement administratif, apporte des innovations considérables dans le service du traitement des malades, ne pouvait manquer d'exciter l'intérêt du public médical et de provoquer les appréciations de la presse spéciale.

Cependant, bien que la plupart de nos confrères aient appelé l'attention de leurs lecteurs sur les divers points de détail qui leur ont paru les plus dignes soit d'approbation, soit de critique, il ne nous semble pas qu'on ait dégagé avec une précision et une clarté suffisantes les conséquences qu'entraîneraient fatalement l'application des vues émises par ce Conseil et condensées dans le rapport de M. Fleury-Ravarin.

Sans doute, cette application n'est pas imminente, la réforme proposée devant, au préalable, recevoir la sanction du Conseil d'Etat après avoir passé, — du moins nous le supposons, — au crible du conseil de surveillance de l'Assistance publique et du Conseil municipal. Néanmoins, la haute autorité du Conseil supérieur, l'importance qui s'attache aux résolutions qui en émanent, l'intérêt puissant qu'il a accordé lui-même à cette question (intérêt dont nous trouvons la preuve dans le nombre des séances qu'il a consacrées à son étude), incitent à penser que son œuvre ne demeurera pas vaine et qu'elle aboutira, sinon dans l'intégrité de ses détails, au moins dans ses principes ; aussi croyons-nous utile de revenir sur ce sujet qui ne saurait laisser indifférent le monde médical, tout entier, de Paris.

Conscient des fâcheux résultats du dualisme de fait qui rend indépendants, l'un de l'autre, le service à domicile et le service hospitalier, le Conseil supérieur semble, dans son projet de règlementation, avoir eu pour préoccupation principale l'unification de l'assistance médicale et la concentration de ses moyens d'action.

Sous l'empire de ce sentiment, il a concrété les modifications dont le traitement des malades lui semblait susceptible en une sorte de fusion intime du service hospitalier et du service à domicile dont il a trouvé le trait d'union dans l'installation d'un dispensaire. Puis il a réuni dans ce nouveau centre de traitement les consultations actuellemement disséminées dans les hôpitaux, le bureau central et les maisons de secours des bureaux de bienfaisance, enfin attribué au personnel médical de ces dispensaires la mission encore dévolue en partie à ce bureau central, l'admission des malades dans les hôpitaux.

Prise dans son ensemble la réforme préconisée par le Conseil supérieur n'est assurément pas faite pour déplaire à tous les gens de bon sens, ayant le souci des intérêts des malades indigents. L'organisme est simple, clair,

et se résout en une donnée mathématique : à l'unité malade, correspond l'unité de secours médical s'exerçant selon le besoin, la circonstance, sous la forme « à domicile » ou sous la forme « hospitalière » sans que l'on puisse redouter désaccord ou superfétation entre ces deux formes. Il réalise un progrès en supprimant cette institution surannée du Bureau central et, surtout, en implantant enfin dans nos institutions charitables, l'organe si répandu ailleurs et si efficace du Dispensaire ou policlinique.

Mais semblable conception, si judicieuse qu'elle soit, ne vaut que par les rouages qui assurent son fonctionnement; or, ceux imaginés par le Conseil supérieur, fort séduisants en apparence, nous laissent hésitants dans notre appréciation lorsque nous envisageons la pratique. En effet, poursuivant ses données premières, le Conseil a, en quelque sorte, fusionné le corps médical des bureaux de bienfaisance avec le corps des médecins des hôpitaux. A ceux-ci, représentés par les membres du bureau central, devenus disponibles par la suppression de ce service, il confie la direction des dispensaires et place sous leur autorité les médecins du service des bureaux de bienfaisance.

A ceux-là, désignés sous l'appellation nouvelle de médecins adjoints des dispensaires et divisés en deux catégories, il donne, d'une part, le soin de traiter les malades à domicile; d'autre part, d'assurer le service des consultations ou de prononcer les admissions à l'hôpital sous le couvert du médecin, directeur du dispensaire ; enfin, l'organisation de ce service est complétée par l'installation d'une pharmacie et l'adjonction de sages-femmes de 1re classe, ainsi que du personnel administratif et secondaire jugé nécessaire.

Au point de vue du recrutement, le personnel médical est nommé par la voie du concours, celui des sages-femmes par le Préfet de la Seine, celui des pharmaciens par le Directeur de l'Assistance publique.

Nous ne nous arrêterons pas à cette bizarrerie qui fait commissionner les pharmaciens diplômés, ex-internes des hôpitaux ou anciens officiers militaires, par une autorité moindre que celle qui institue les sages-femmes et nous examinerons de suite la situation que le projet fait au corps médical.

C'est aux médecins et chirurgiens du bureau central, dit-on, que sera dévolue la direction des dispensaires.

Tout d'abord nous demanderons quel sera le nombre des dispensaires ?— Il ne paraît pas qu'il puisse être inférieur au nombre des circonscriptions hospitalières qu'institue le projet et ce nombre, pour répondre au but qu'on se propose d'atteindre, devra nécessairement flotter entre 15 et 20.

Dans ces conditions, il nous paraît difficile de faire assurer ce nouveau service par les 22 médecins et les 16 chirurgiens du bureau central, à qui incombent déjà le soin de remplacer ou de seconder leurs collègues plus anciens pourvus de services hospitaliers. Il faudra donc en augmenter considérablement le nombre et la conséquence sera, de doubler dans l'avenir, la durée du stage, déjà si long (6 à 8 ans) qu'ils accomplissent actuellement avant d'être titularisés.

D'autre part, en quoi consistera cette direction ? Ou bien elle s'exercera librement avec tous les avantages de l'initiative éclairée que l'on doit attendre d'esprits aussi distingués que ceux des praticiens consacrés par les

concours hospitaliers, avec tous les fruits qu'on peut espérer de leurs hautes connaissances, mais aussi avec tous les inconvénients qu'entraîne une liberté d'action que n'endigue pas la discipline d'un règlement, ou bien elle subira le frein d'une règle qui, à supposer même qu'elle ne soit pas étroite, énervera les efforts, anéantira les bonnes volonté.

On peut compter que l'administration, pour qui réglementer est un besoin quand ce n'est un devoir, posera ses barrières habituelles à tout essor personnel, on doit donc se demander quelle sera la part d'action personnelle de ces représentants des hôpitaux. Le projet restant, à cet égard, dans un vague prudent.

Quelle sera la part du médecin, celle du chirurgien? Est-ce à dire que si la direction du service d'un dispensaire incombe à un chirurgien, son intervention particulière se bornera aux seules affections chirurgicales, laissant ainsi à ses adjoints toute la partie concernant la médecine proprement dite? Si, au contraire, cette direction est confiée à un praticien appartenant à la branche médicale renverra-t-il les malades justiciables de la chirurgie à l'un de ces mêmes adjoints transformé alors en chirurgien pour les besoins de la circonstance?

Il y a là assurément des points que, dans l'organisation subsidiaire, il y aura lieu de méditer et peut être jugera-t-on utile d'apporter au projet des modifications à cet égard.

Ce n'est pas ainsi que nous aurions conçu l'organisation du dispensaire : autant il est utile d'y attacher des membres du corps médical des hôpitaux autant il nous semble oiseux de n'y attacher qu'un seul pour lui attribuer une direction qui risque de n'être que purement nominale.

Aux deux grandes catégories d'affections qu'on est appelé à traiter dans ces sortes de policliniques, affections internes, affections externes, il faut faire correspondre deux divisions ayant à leur tête un représentant des médecins et des chirurgiens du corps hospitaliers, chacun d'eux ayant sa consultation et prenant la responsabilité des admissions à l'hôpital.

Ce service, qui peut être assuré par eux dans le milieu du jour, n'entraverait pas leurs occupations à l'hôpital et les examens pratiqués dans la matinée par leurs adjoints ne laisseraient à leurs soins que les cas dignes de leur intérêt, où dans lesquels leur intervention propre serait indispensable. De cette façon, point ne serait besoin d'augmenter de beaucoup le nombre des titulaires actuels du bureau central.

En ce qui concerne les médecins adjoints, il nous est revenu que c'était surtout cette catégorie de membres du corps médical qui s'était montré le plus émue des projets de réforme du traitement médical. Leur rôle leur a semblé peu défini et l'ingérence du corps hospitalier dans une branche de service où ils règnent en maîtres leur a paru une atteinte portée à leurs prérogatives.

Nous ne croyons pas que les susceptibilités des médecins des bureaux de Bienfaisance puissent être éveillées par des considérations de cette nature. Si cette situation de second des médecins des hôpitaux ne convenait pas à leur amour-propre, ils auront toujours la liberté de choisir la branche de service consistant dans le traitement des malades à leur domicile.

Pour les jeunes praticiens que le concours amènera dans ces dispensaires, ils trouveront des éléments d'études intéressantes, et l'aide qu'ils

prêteront au chef de service pour les consultations, les admissions, la petite chirurgie qui se pratiquera nécessairement dans ces policliniques, leur donnera des moyens de connaissance ou d'application qui font défaut dans la clientèle ordinaire.

En résumé, dans ce projet, les idées générales sont bonnes, les principes judicieux, mais des imperfections graves se remarquent dans les détails;

Que les consultations de médecine générale soient enlevées des hôpitaux et centralisées dans les dispensaires, nous y souscrivons;

Que les admissions soient faites dans chaque circonscription hospitalière par le chef de service de la policlinique, nous y consentons;

Que cette force perdue des membres du bureau central soit utilisée pour le plus grand bien des malades de la capitale, rien de mieux;

Que l'on crée des dispensaires, nous y applaudissons des deux mains à condition que l'on pourvoiera cette utile institution de tous les moyens nécessaires pour un traitement médical sérieux, bains, hydrothérapie, électricité, appareils, pansements, etc., et qu'on l'instituera sur le modèle des policliniques étrangères, mais pour mettre au point tous les détails de l'organisme projeté, nous estimons qu'il sera nécessaire d'apporter quelques légère modifications aux mesures indiquées par le Conseil supérieur de façon à mieux ménager les divers intérêts en présence.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'électricité s'impose partout, même à la Société de chirurgie. Est-ce par l'ascendant même de sa puissance, qui la fait, suivant M. Reynier, être acceptée de préférence à tout autre moyen par les malades ? Est ce par l'attrait qui s'attache aux questions nouvelles ? Il nous serait difficile de répondre; mais il faut constater cependant qu'après avoir occupé nombre de séances, et de cela il n'y a pas longtemps, à propos du traitement des fibromes, elle vient encore d'être l'occasion de plusieurs communications touchant à la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre.

Il n'est, du reste, pas inutile que ces moyens, vantés surtout par des praticiens étrangers à la pratique hospitalière, soient mis à l'essai par des chirurgiens ayant à leur disposition de vastes champs d'expériences. Personne ne niera que c'est surtout à propos d'électricité qu'il faut faire la lumière.

Eh bien ! des intéressantes communications de MM. Reynier et Moty, faites à la séance du 14 juin dernier, il paraît ressortir que le traitement des retrécissements du canal de l'urèthre par l'électrolyse ne donne pas tout ce que quelques-uns avaient espéré en attendre.

M. Reynier a suivi cette méthode sur 8 malades, dont il nous a résumé les observations consciencieusement étudiées et raisonnées, et il s'ensuit que, sur la moitié seulement de ses opérés, l'électrolyse permit de passer facilement des béniqués arrivant jusqu'au numéro 44. Sur les quatre derniers, il y eut ou des accidents comme un abcès du dos de la verge, comme de la lymphangite, des frissons, ou bien il fallut un nombre de séances susceptible de rendre cette méthode inférieure aux autres ordinairement suivies. Et il ne faut pas dire que les précautions antiseptiques n'étaient pas

prises, que les cas ne se prêtaient pas au traitement, que les malades n'ont pas été suivis. M. Reynier s'était mis à l'abri de toutes ces critiques.

Du reste, M. TUFFIER, chargé du rapport qui a donné lieu à la discussion, a fait remarquer que tous les orateurs avaient conclu dans le même sens, c'est-à-dire que l'électrolyse n'était pas justiciable de tous les cas, qu'elle avait donné lieu à nombre de récidives, et que dans cette question, comme dans toutes les questions de thérapeutique, pour juger des faits, il était nécessaire de faire des catégories. Il y a rétrécissement et rétrécissement : les *tendres*, les *demi-tendres*, les *ligneux*, etc., et, suivant le diagnostic des cas, un traitement spécial doit être appliqué. Pour les uns, la dilatation simple suffira; d'autres se trouveront bien de l'uréthrotomie interne qui a donné déjà tant et tant de succès, qu'on croyait même inutile de chercher mieux, si ce n'est dans les cas où le noyau fibreux cicatriciel est tellement dur, que rien n'y fait, si ce n'est son extirpation. C'est l'*uréthrectomie* qu'il faut alors pratiquer, et M. Tuffier en cite un bel exemple.

La partie vraiment intéressante de la séance a été consacrée à une communication de M. BERGER sur un cas rare d'ostéomyelite. On peut croire, comme faisait remarquer l'orateur au début de son discours, que tout a été dit sur l'ostéomyelite. Il existe cependant des cas qui se présentent sous un aspect tel qu'il est utile de les étudier et de les enregistrer.

Le sommaire de l'observation du chirurgien de Lariboisière pourrait se formuler de la façon suivante : *Ostéomyelite chronique d'emblée de l'humérus chez une jeune fille de 16 ans. — Nécrose totale de l'os. — Nécessité de la désarticulation du membre.*

Et, en effet, si on analyse les symptômes, on voit que la marche de l'affection a été tout à fait insidieuse; que, sans porte d'entrée visible, chez une adulte toujours bien portante, ce sont des douleurs sourdes, plus vives le jour que la nuit, qui se sont d'abord montrées. Le gonflement n'est survenu que petit à petit ; son accroissement a été lent ; mais il est devenu considérable, et cela sans qu'un seul moment la fièvre ait apparu. Quand cette malade consulta M. Berger, il existait une déformation en manche de gigot; la fluctuation était plus qu'obscure, à ce point que le diagnostic d'ostéosarcome fut discuté ; mais bientôt la présence du pus fut reconnue et l'incision de l'abcès pratiquée.

Le bistouri fendit les parties molles jusqu'au périoste épaissi qui fut aussi traversé, et alors une quantité de pus considérable s'épancha par l'ouverture pratiquée. Malheureusement, il n'existe pas, dans le plus grand hôpital de Paris, ou du moins dans le plus actif, un laboratoire dans lequel un examen bactériologique puisse être pratiqué; M. Berger le déplore et nous avec lui.

Le périoste était complètement décollé et semblait former autour de l'os un manchon relié seulement par quelques tractus fibreux. L'os grisâtre paraissait mort, et les trois perforations qui permirent d'arriver jusqu'au canal médullaire montrèrent que celui-ci contenait aussi du pus et que ses parois avaient une coloration noirâtre de mauvais augure. Toutes ces parties furent grattées, nettoyées et désinfectées avec soin et pourtant, le lendemain, la malade eut un peu de fièvre. Cette élévation de température continua quelques jours; puis, sans la moindre violence, sans le moindre effort de la part de la malade, l'humérus se rompit, il se fit une *fracture spontanée.*

La question du traitement se posait alors dans des conditions particulièrement embarrassantes. Fallait-il pratiquer la résection diaphysaire totale? Chez une personne âgée déjà de 16 ans, avec la nécessité de voir un os comme l'humérus se réparer dans sa totalité ; la chose paraissait difficile. Aussi, M. Berger se décida-t-il à immobiliser le membre et à attendre; mais, petit à petit, l'infiltration purulente des parties molles se produisit. La malade ne put plus supporter ses appareils. La fièvre s'alluma; le thermomètre monta jusqu'à 40° et enfin des hémorrhagies inquiétantes apparurent dans la plaie.

Il n'y avait plus qu'à se décider pour une intervention. Une large incision permit d'arriver sur le foyer de la fracture. Des fragments très nombreux et friables baignaient dans un pus de mauvaise nature et, au cours de l'opération, une hémorrhagie grave pouvant faire croire à la lésion de l'artère axillaire se produisit par l'os. La désarticulation de l'épaule fut alors pratiquée avec ligature préalable des vaisseaux axillaires. La plaie fut drainée pendant quatre jours, à cause des dangers d'infection et, dix jours après, la guérison était complète.

M. Berger fait remarquer que cette ostéomyélite ne peut se ranger ni dans la forme aiguë ni dans la forme prolongée. Il faut donc la classer dans cette variété dite ostéomyélite chronique d'emblée; mais il fait remarquer qu'il n'existe pas d'exemple dans cette classe d'ostéomyélite de nécrose totale d'un os. Si nous avons bonne mémoire, il nous semble pourtant qu'il en existe un cas pour le tibia, dans la thèse de notre ami Demoulin. Toujours est-il que ces dégâts considérables sans fièvre sont du plus grand intérêt, et qu'il est curieux de voir ce pus ne pas déterminer de température tant qu'il est retenu par la gaine périostique et donner lieu, au contraire, à des réactions intenses dès que, celle-ci ouverte, les parties molles ont pu être inoculées.

L'hémorrhagie est de la nature des hémorrhagies néocapillaires décrites par Verneuil et produites par l'infection ; mais, comme le disait M. Berger, il est difficile, quand on ne l'a pas vue, de croire qu'elle puisse revêtir cette gravité.

Enfin, l'orateur termine en montrant que la résection diaphysaire totale était impossible, en insistant sur ce fait qu'il faut opérer malgré la fièvre, et qu'en garantissant la plaie suppurée par un pansement bien fait, on se met à l'abri de l'infection possible de la plaie opératoire.

Eugène ROCHARD.

Sur les effets de l'inoculation aux animaux de cancer humain ou de produits cancéreux

(Note de M. MAYET, présentée par M. BOUCHARD, à l'Académie des sciences, dans la séance du 5 juin.)

M. Mayet a inoculé à des animaux, différents tissus cancéreux.

Dans une première série, il a inoculé du suc d'un cancer du sein à trois rats blancs en bon état. Ces animaux ont reçu sous la peau 1 cent. cube de suc à sept reprises différentes du 15 juin au 7 juillet 1892.

Après ces sept injections successives, on les laisse en repos.

Dans aucun cas, il n'y eut d'accident local ni général immédiat. Les animaux, dès qu'ils étaient remis du malaise léger produit par l'éthérisation

qu'on avait pratiquée pour l'inoculation, mangeaient et reprenaient toutes leurs fonctions.

Pendant plusieurs mois leur santé a paru parfaite.

Le 20 mars 1893, un rat meurt sans lésions cancéreuses.

Vers la fin d'avril, un second de ces rats, resté très vigoureux jusqu'alors, se met à dépérir un peu, à moins manger et à rester immobile.

Le 27 mai il a une épistaxis. Le 28 on le trouve mort.

L'autopsie permet de constater les lésions suivantes :

1° Dans le rein droit existent deux îlots de dégénérescence, évidemment cancéreuse, voisins l'un de l'autre, mais séparés par du tissu sain occupant le voisinage de la partie inférieure du bord convexe, très bien limités, à tissu d'un blanc légèrement grisâtre uniforme, d'une consistance moyenne ressemblant absolument à du tissu encéphaloïde. Le volume est égal pour chaque néoplasme à celui d'un gros pois. Le tissu du rein est absolument sain autour (à l'œil nu). Sa couleur rougeâtre et sa consistance plus ferme tranchent absolument avec celles des néoplasmes.

2° Dans le rein gauche existe une portion de tissu altéré, représentée sur la coupe par une tache blanchâtre marbrée de points rouges, de 3 millimètres de diamètre, qui est probablement le même tissu morbide que dans le droit, en voie de développement.

L'examen histologique des lésions du rein a montré qu'il s'agissait d'un néoplasme formé de cellules épithéliales, dont quelques-unes se rapprochaient beaucoup des cellules épithéloïdes du carcinome type.

Le troisième rat de cette série est encore vivant et bien portant en apparence.

Dans trois autres séries d'expériences, où les inoculations ont été faites avec du cancer de l'estomac et du cancer du sein, les résultats en ont été négatifs.

Ces expériences ont ceci de curieux que, comme on le voit, M. Mazet a réussi à inoculer le cancer de l'homme aux animaux. Les cas dans lesquels ces inoculations ont réussi sont excessivement rares et certains expérimentateurs nient même leur possibilité. Dans le laboratoire du professeur Duplay, à la Charité, nous avons eu connaissance des nombreuses tentatives faites dans cette voie et qui n'ont jamais réussi.

Nous n'avons pas le temps de discuter cette question, sur laquelle nous comptons revenir, nous attirons simplement l'attention du lecteur sur l'importance des faits de M. Mayet, qui, s'ils se réalisent de nouveau, permettront l'étude facile du cancer de l'homme, en le reproduisant à volonté chez les animaux.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. — Les bains électriques dans la morphée.

Chacun sait que la pneumonie est une des plus redoutables complications de l'influenza. M. Huchard a cependant pu obtenir, dans bien des cas, de bons résultats, en

instituant le traitement suivant, dont il a exposé les règles à la Société de Thérapeutique. Il a recours à trois agens : à l'alcool, au lait et à la digitale.

L'alcool doit être donné en quantité considérable, à doses massives. Todd allait jusqu'à 400 et 500 grammes par jour et Behier jusqu'à 150 à 300 grammes. M. Huchard imite cette pratique lorsque la lésion est bien nette et la température élevée. On peut éviter l'ébriété en répétant les doses petit à petit, par gorgées, chaque quart d'heure ou chaque demi-heure.

Le lait est le meilleur aliment, il faut le prescrire surtout lorsque les urines contiennent de l'albumine et qu'il y a menace de néphrite.

Enfin, M. Huchard donne d'emblée la digitale, lorsqu'il y a affaiblissement du cœur dans les pneumonies graves. Pour lui, les doses de 10 à 12 grammes en infusion, auxquelles arrive Petrescu, sont inutiles et dangereuses et on obtient les résultats cherchés avec beaucoup moins. On peut donner, en une ou deux fois, selon les cas, 50 gouttes de la solution au millième de digitaline cristallisée ; on attend ensuite trois ou quatre jours pour recommencer de nouveau en diminuant la dose, s'il n'y a pas eu d'accidents.

M. Petrescu a exposé à plusieurs reprises, devant l'Académie de médecine, les résultats qu'il a obtenus dans la pneumonie par l'emploi de la digitale à hautes doses. Il emploie l'infusion de feuilles de digitale à la dose de 4 à 8 grammes habituellement, quelquefois de 6 à 12 pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple et donne une cuillerée du liquide toutes les demi-heures. La potion est au besoin répétée pendant deux ou trois jours et ces grandes doses de digitale, données coup sur coup, permettraient de juguler la pneumonie franche, en général, en trois jours. Au bout de ce temps, la fièvre et tous les phénomènes physiques, tant locaux que généraux, « ont disparu comme par enchantement ». De 40 à 41° la température, après trois doses de 4 grammes de feuilles de digitale, tombe à 36, 35 degrés, et le pouls de 120-130 pulsations à 36, 30, 28 et même 24 par minute. Tous les malades se trouvent dans un état de parfaite santé vingt-quatre heures après la jugulation de la pneumonie et il n'y a pas de convalescence. La mortalité est réduite par ce traitement à 1,22 p. 100, tandis que les autres méthodes donnent une mortalité de 7,15 à 30 p. 100. M. Petrescu a même la conviction que la digitale administrée dès le début de la maladie, et à la dose qu'il préconise, pourrait rendre nulle la mortalité. Depuis 1883 il a soigné ainsi 755 malades et jamais il n'a observé les phénomènes classiques de l'intoxication par la digitale. M. Petrescu insiste sur ce point qu'il a fait venir des digitales françaises et allemandes de première qualité qui ont été fournies par les maisons Adrian, Rousseau, Dubosc, Brucher et Lempé ; ces digitales ont été analysées, et il a été reconnu qu'elles étaient de qualité supérieure.

Les résultats annoncés par M. Petrescu étaient si beaux que le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses a été expérimenté un peu partout.

Lœventhal a donné de 3 à 4 grammes par jour de poudre de feuilles de digitale fraîche en infusion jusqu'à l'apparition de la crise. De l'ensemble de ses observations, il résulterait que la dépression et la fatigue des malades augmentent tandis que les phénomènes d'excitation nerveuse ne sont pas influencés. La rougeur des pommettes disparaît et est remplacée par de la pâleur ; l'inappétence persiste et il survient des vomissements; la toux, l'expectoration ne présentent pas de modifications et les phénomènes inflammatoires suivent leur progression habituelle. Quant à la fièvre, elle n'est pas influencée pendant la durée de la maladie, mais il se produit de l'hypothermie au moment de la convalescence, la température pouvant tomber alors à 35 degrés en même temps que le pouls est ralenti et arythmique. Par contre, l'accélération respiratoire persiste, l'expectoration est moins facile et l'adynamie plus prononcée. Lœventhal conclut

de ses essais que les hautes doses de digitale provoquent le collapsus et qu'elles ne peuvent arrêter le processus pneumonique.

Pour Belloti, la digitale n'a pas non plus d'effet abortif, mais elle jouit d'une action réellement utile contre les principaux symptômes de la maladie.

Hoepfel a employé la digitale à hautes doses dans 15 cas de pneumonie; il donnait l'infusion (3 à 4 grammes pour 120 grammes de véhicule). Les résultats qu'il a obtenus sont bons; la durée de la maladie est abrégée de 2 ou 3 jours, la chute de la température se produit 1 à 2 jours après l'administration de 1 à 2 doses de digitale, et rapidement les autres symptômes de la maladie diminuent.

Chez tous les malades, la terminaison de la maladie s'est faite par lysis. Hoepfel ne considère pas les vomissements comme contre-indiquant l'emploi de la digitale et il les a vus se produire aussi bien après les doses faibles qu'après les doses élevées; il s'agirait plutôt d'une idiosyncrasie du malade que de phénomènes d'intoxications.

Lépine a traité une quarantaine de pneumoniques par la digitale et a été frappé des bons résultats qu'il a obtenus. Il a fait usage de la digitaline cristallisée de Nativelle dans tous les cas où il y avait quelques signes de faiblesse du cœur (galop, prolongement du premier bruit, faiblesse du pouls, fréquence exagérée des battements) aux doses de 3 milligrammes, en général, dans la matinée, et souvent encore de 1 ou 2 milligrammes le soir. Dans la grande majorité des cas, cette médication a une action très favorable sur le cœur. M. Lépine n'admet pas d'action spécifique de la digitale dans la pneumonie, mais affirme que la digitaline a la plus grande influence sur la faiblesse du cœur, si souvent cause de la terminaison fatale.

Les traitements habituels de la pneumonie (quinine, alcool), avaient donné à Fikl une mortalité de 16 p. 100, lorsqu'il essaya la digitale ; il en donna 2 grammes, puis bientôt 3 grammes par jours, et 59 pneumonies ainsi traitées (dont 13 broncho-pneumonies) guérirent toutes. En même temps les malades prenaient de larges doses d'alcools et étaient fortement alimentés. La fièvre, généralement courte, s'est, dans la plupart des cas, terminée en lysis, et la convalescence a été rapide. Contrairement à Petrescu, Fikl a vu souvent se produire des phénomènes d'intoxication parfois inquiétants en apparence et le pouls, chez certains malades, est resté lent et même irrégulier plusieurs jours de suite.

Il paraît résulter de tous ces travaux que les pneumoniques, selon la remarque de M. Huchard, sont très tolérants pour la digitale ; cependant, pour le médecin de Bichat, ou bien la digitale que présente Petrescu est de mauvaise qualité, ou bien les doses énormes qu'il donne à ses malades ne sont pas absorbées. On peut affirmer que la digitale n'est pas un spécifique de la pneumonie, mais elle est certainement utile dans beaucoup de cas de pneumonie, dans ceux où la faiblesse cardiaque domine, ainsi que l'a dit Lépine. Le mieux est d'employer la digitaline et de la prescrire à la dose de 1 milligramme.

II

Nous avons vu plus haut que dans le traitement de la pneumonie, tel que le préconise M Huchard, l'alcool joue un grand rôle. Mais quel alcool faut-il prescrire ! C'est ce que M. Bovet a essayé de préciser. Tood prescrivait l'alcool de vin, les vieilles eaux-de-vie. Actuellement, on vend sous ce nom des mélanges impurs et il serait préférable de se servir, en pharmacie, d'un alcool toujours le même, tel que l'alcool de riz qui est très répandu et que l'on purifierait avec tout le soin nécessaire.

M. Yvon a fait remarquer que les pharmaciens ont habituellement, comme eaux-de-vie, des alcools de grain ou de betterave additionnés d'essence de rhum et colorés par la teinture de cannelle ; or l'essence de rhum est essentiellement toxique. L'alcool bon

goût que l'on devrait employer est de l'alcool éthylique provenant de la distillation du maïs, et absolument débarrassé des termes supérieurs.

Il faudra désormais, lorsque l'on formulera une potion alcoolique, prescrire de l'alcool rectifié à 30 degrés, dit alcool bon goût.

III

La morphœa alba plana diffère de la sclérodermie par le caractère circonscrit des ésions, l'absence de l'induration spéciale, etc., il se développe des plaques qui peuvent présenter spontanément une évolution rétrogade. On a essayé de les traiter par l'électrisation et M. Hallopeau a observé un fait dans lequel l'action modificatrice du bain faradique a été évidente. Une malade était atteinte, depuis plusieurs années, de plaques de morphée présentant une marche progressive ; elle fut soumise à un traitement par les bains faradiques et immédiatement une amélioration considérable se produisit. Une plaque géante qui entourait la moitié antérieure de l'abdomen à la manière d'une demi-ceinture, disparut presque entièrement. Au bout de deux ans de traitement, la malade était presque entièrement guérie.

M. Brocq a aussi vanté les courants continus dans le traitement de la morphée ; il préconise surtout l'usage de l'arsenic que l'on doit administrer pendant longtemps, en augmentant insensiblement et d'une façon continue les doses, tant qu'il est bien supporté.

BIBLIOTHÈQUE

L'Hygiène nouvelle dans la famille,

par le docteur A.-A. Cancalon. — Société d'éditions scientifiques, Paris, 1893.

Il y a deux sortes de vulgarisation.

J'en sais une mauvaise, dont nous voyons de trop fréquents exemples dans certains articles pseudo-scientifiques de la presse politique ; celle-là, faussant les idées du vulgaire sur les questions médicales, inspire à trop de lecteurs une confiance malsaine dans leurs propres lumières et l'ambition de se traiter eux-mêmes sans le secours du médecin ou bien, lorsqu'ils l'ont appelé, leur donne de déplorables suggestions pour discuter ses prescriptions et n'en exécuter qu'une partie.

Mais il en est une bonne, qui consiste à rendre intelligibles aux profanes les principes scientifiques sur lesquels repose la pratique de l'hygiène ; elle devient excellente, lorsqu'elle s'adresse à la mère de famille, « qui doit être surtout l'auxiliaire intelligente, dévouée et docile du médecin », et quand c'est un médecin expérimenté qui se charge d'expliquer à cette mère « la part restreinte d'initiative qui lui revient dans le traitement des maladies », mais, en revanche, les services considérables qu'elle peut rendre aux siens en faisant régner dans sa maison les règles de l'hygiène privée.

Je veux, en outre, louer l'auteur d'avoir compris que les mesures législatives relatives à *l'hygiène publique* ont les plus grandes chances de rester lettres mortes, si le public et surtout les femmes n'en ont pas très clairement saisi l'incontestable utilité. Les conseils qu'il donne à une mère « sous une forme élégante et familière », comme le dit avec justice M. Dujardin-Beaumetz dans la préface, ont pour but d'initier toutes les mères aux vérités générales nouvelles sur lesquelles se fonde la réforme de l'hygiène. L'évolution et les progrès de la médecine et de l'hygiène, les découvertes de Pasteur, l'hygiène

publique, l'hérédité et le mariage, la tuberculose, l'asepsie et l'antisepsie, l'influenza, les empoisonnements volontaires par l'alcool, la morphine et la nicotine, la médecine d'urgence, les signes lointains et les symptômes précoces des maladies sont les sujets traités successivement. Le dernier, intitulé : *Comment on doit consulter le médecin*, mériterait d'être tiré à part et distribué dans toutes les familles aux frais des municipalités, tant il renferme en peu de pages de vérités bonnes à répandre.

En terminant, j'exprime le vœu que M. Cancalon continue ce qu'il a si bien commencé ; il y a encore tant de sujets du même ordre à traiter ! A des œuvres de vulgarisation comme la sienne, nous applaudirons toujours.

P. Le Gendre.

Les poisons de l'organisme
par Charrin. — Paris, Masson, 1893.

Les poisons de l'organisme s'éliminent en grande partie par l'urine, et on peut arriver à les connaître suffisamment en étudiant les poisons contenus dans ce liquide. Le meilleur procédé d'étude est l'injection d'urine faite sur la veine auriculaire du lapin et continuée jusqu'à la mort de l'animal; on peut ainsi se rendre compte de la toxicité des urines dans les différentes maladies, surveiller l'élimination des poisons, etc. Si les symptômes de l'intoxication urinaire, qu'il est du reste facile de provoquer artificiellement chez les lapins, sont connus depuis longtemps, la pathogénie de cette intoxication est encore très discutée et certains auteurs admettent toujours qu'un poison unique est capable de provoquer tous les phénomènes de l'urémie. M. Bouchard a cependant démontré qu'il n'y a pas un poison, mais des poisons de l'urine et que l'empoisonnement est réalisé par des substances multiples. Les poisons de l'urine peuvent provenir du monde extérieur, mais le plus souvent ils sont d'origine alimentaire (sels de potasse contenus dans les légumes, ptomaïnes), soit d'origine intestinale (fermentation se produisant dans le tube digestif). Contre l'intoxication urinaire on doit employer le lait, qui agit comme diurétique et ne renferme pas de potasse, réaliser l'antisepsie intestinale, activer la nutrition de la cellule hépatique qui détruit beaucoup de poisons intestinaux.

COURRIER

Légion d'honneur. — Le docteur Kaposi (de Vienne) est nommé officier de la Légion d'honneur.

Le docteur Riehl (de Vienne) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Conférence sanitaire internationale. — On dit que la Conférence sanitaire internationale pour les mesures à prendre contre le choléra se réunira de nouveau vers la fin de l'automne, à Paris, pour examiner les questions relatives aux pays d'Orient.

Institut médico-légal. — Le Conseil municipal va être appelé à voter la création d'un institut médico-légal, destiné à remplacer la Morgue actuelle dont les locaux sont par trop exigus.

Le nouvel institut de médecine légale serait institué dans un terrain voisin de la Morgue, et, par un égout transformé en tunnel, en communication avec celle-ci, au moyen d'un petit tramway utile pour effectuer le transport continuel des cadavres à l'abri des regards de la foule.

Il comprendrait : le laboratoire de toxicologie avec la salle de recherches, la salle des

études pour les élèves, la bibliothèque, le musée, un amphithéâtre pour les cours : celui de la Morgue peut à peine contenir la moitié des élèves. La salle d'exposition resterait à la Morgue actuelle.

Il serait nécessaire d'y améliorer les appareils de réfrigération. On ajouterait aussi une salle spéciale à l'autopsie des victimes avec un petit local pour la famille, et une salle destinée aux magistrats pour les confrontations. L'installation serait enfin complétée par les bureaux que nécessite le fonctionnement administratif.

Buanderie modèle. — On vient d'inaugurer à l'hôpital Laënnec une buanderie modèle qui permettra de réaliser de sérieuses économies. Le linge des hôpitaux dépendant de l'Assistance publique était jusqu'ici lavé à la main dans 16 buanderies dont le matériel, ne favorisait pas l'application des procédés nouveaux. La buanderie de l'hôpital Laënnec pourra laver chaque jour 8,000 kilos de linge. Le lavage est évalué à 6 fr. 50 les 100 kilos, au lieu de 9 à 10 francs, prix auquel il revenait par les anciens procédés. L'économie réalisée ainsi sera, croit-on, d'environ 400,000 francs par an.

— Le nouveau projet de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, touchant le service médical, les consultations, etc., a été soumis, comme on le sait, au comité de surveillance qui a nommé une commission pour l'étudier. Cette commission a proposé au comité un remaniement de ce projet, remaniement qui aurait été accepté et qui a nécessité une réimpression. Quand ce travail matériel sera terminé, le projet sera de nouveau discuté et nous aurons à ce moment à en parler.

— Un banquet a été offert par ses amis et élèves à M. le docteur Rochard pour fêter sa nomination de chirurgien des hôpitaux.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Liste d'embarquement des médecins de 1re classe :

Brest. — MM. 1. Guézennec ; 2. Dubut ; 3. F. Kergrohen ; 4. Laugier ; 5. Vergos ; 6. Négadelle.

Lorient. — MM. 1. Vaucel ; 2. Bahier ; 3. Thomine ; 4. Ropert ; 5. Kergrohen ; 6. Palasne de Champeaux ; 7. Du Bois Saint-Séverin.

Rochefort. — MM. 1. Gouyon de Pontouraude ; 2. Dufour ; 3. Julien-Laferrière ; 4. Mialaret ; 5. Gorron ; 6. Touchet ; 7. Lassabatie ; 8. Planté ; 9. Torel ; 10. Mercié ; 11. Brou-Duclaud ; 12. Tardif ; 13. Machenaud.

Cherbourg. — MM. 1. Deblenne ; 2. Fras ; 3. Branellec ; 4. Salaun ; 5. Nollet.

Toulon. — MM. 1. Durand ; 2. Gauran ; 3. Ourse ; 4. de Bonadona ; 5. Amouretti ; 6. Cauvet ; 7. Aubert ; 8. Pons ; 9. Jabbin-Dudognon ; 10. Durbec ; 11. Philip ; 12. Boutin ; 13. Couteaud ; 14. Théron ; 15. Reynaud ; 16. L. Alix ; 17. Barrême, 18. Curet ; 19. Raffaëlli ; 20. Cogne ; 21. Poulain.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

BULLETIN

—

19 juin.

L'Académie de médecine et le corps médical viennent de subir encore une perte bien douloureuse. Le docteur Vidal a succombé vendredi à la longue et douloureuse maladie qui l'avait atteint il y a deux mois, et dont il avait vraisemblablement contracté le germe dans l'exercice de ses devoirs professionnels.

Tous les médecins de Paris connaissaient ce confrère éminemment sympathique, qu'ils voyaient sur la brèche depuis quarante ans et qui avait conservé l'activité de la jeunesse, l'ardeur pour le travail et la passion de la vérité.

Sa carrière s'est passée prespue toute entièr à l'hôpital Saint-Louis.

C'est là qu'il s'est acquis, par son enseignement, une réputation de premier ordre dans la connaissance et le traitement des maladies cutanées ; c'est là qu'il a recueilli les éléments du grand traité de dermatologie, qu'il publiait en collaboration avec le docteur Leloir, et dont les premières livraisons ont seules paru.

Parmi les progrès que le médecin de l'hôpital Saint-Louis a réalisés dans la thérapeutique des maladies de la peau, il en est un qui restera attaché à son nom et qui le fera survivre. Nous voulons parler du traitement du lupus par les scarifications. C'est une des nombreuses conquêtes de la chirurgie contemporaine.

Vidal appartenait à l'Académie de médecine depuis 1883. Il y a pris part à toutes les discussions qui ont eu lieu sur les affections cutanées et sur les maladies éruptives. On se souvient du talent et de la force de conviction qu'il a montrés récemment lors dela discussion sur la contagion dela lèpre, et ses collègues n'ont pas perdu le souvenir de l'ardeur avec laquelle il combattit en 1887 en faveur de l'inspectorat des eaux minérales.

Vidal ne s'était pas renfermé dans sa spécialité. Il a contribué à l'organisation de tous les congrès internationaux d'hygiène. Il fut un des fondateurs de la Société de médecine publique et d'hygène professionnelle qui le nomma vice-président en 1881 et il y prit part à toutes les discussions importantes qui signalèrent ses débuts. Son mémoire sur l'isolement des contagieux dans les hôpitaux fit sensation en 1887 et est encore consulté avec fruit.

Vidal était un confrère de relations sûres, d'une distinction de manières peu commune et d'une droiture à toute épreuve. Il laisse après lui de profonds regrets, des amitiés sincères et le souvenir d'un homme dont la loyauté égalait le savoir.

HYGIÈNE

—

Exercices physiques, gymnastique et sport.

Avec le printemps, les exercices de corps ont repris une vogue qui ne s'est pas encore ralentie, en dépit des chaleurs.

On n'entend parler que de championnats de courses, de matchs, de sports athlétiques et cela réjouit le cœur et les yeux, de voir la jeunesse s'esbaudir au grand soleil, sur les pelouses, par le temps admirable dont nous jouissons depuis plus de trois mois. Pour nous qui avons depuis vingt ans combattu sans relâche en faveur de la vie au grand air et contre les excès de la sédentarité, il se mêle à ce plaisir une satisfaction bien légitime, celle d'avoir contribué à ranimer en France le goût des exercices physiques, des jeux de force et d'adresse. C'est aujourd'hui partie gagnée ; mais il faut diriger cette tendance nouvelle et c'est encore aux hygiénistes que ce rôle revient de droit.

Le mouvement a commencé par les lycées, ou plutôt par l'école Monge où le premier *Comité pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation* a pris naissance sous l'inspiration de son savant directeur, M. Godard et par les soins de M. Pierre de Coubertin (1). Les études de ce Comité eurent assez de retentissement pour lui susciter une concurrence et, cinq mois après sa constitution définitive, une nouvelle Société se forma sous le nom de *Ligue nationale de l'éducation physique*. Elle surgit tout à coup avec un nombreux personnel de membres honoraires et de membres actifs, parmi lesquels figuraient des proviseurs de lycées, des professeurs, des députés, des maires, des magistrats, des médecins, etc. Elle tint sa première séance le 31 octobre 1888, sous la présidence de M. Berthelot, en adoptant un vaste programme qu'elle se mit sur le champ en devoir de réaliser.

Lorsqu'une idée nouvelle apparaît, elle appelle tout naturellement la presse à son secours et chacune des sociétés eut bientôt son organe (2).

L'Université, loin de se montrer hostile à ce mouvement, s'y associa franchement. Elle l'avait même devancé, car le ministre de l'instruction publique, par un arrêté en date du 12 juillet 1888, par conséquent antérieur à la formation des sociétés, avait nommé une *commission pour l'étude des améliorations à introduire dans le régime des établissements d'enseignement secondaire*. Les travaux de cette Commission, dont j'ai eu l'honneur de faire partie, ont été le point de départ d'une réforme à laquelle l'hygiène a applaudi de tout son pouvoir ; mais les écoles impatientes des lenteurs administratives, n'avaient pas attendu qu'on leur donnât le signal pour agir. L'école Monge, l'école Alsacienne, l'école Sainte-Barbe envoyaient depuis

(1) Cette Société a tenu sa première réunion le 1er juin 1888. Le comité se composait de M. Jules Simon, président ; de MM. Picot, Moutard, général Thoumas, Jules Rochard, vice-présidents, et de M. Claude Lafontaine, trésorier.

(2) L'*Education physique*, organe de la ligue, dont le premier numéro a paru au mois de novembre 1888 et l'*Education artistique*, organe du comité Coubertin, qui a commencé à paraître le 15 janvier 1889.

longtemps leurs élèves jouer et s'ébattre dans le bois de Boulogne et dans le jardin du Luxembourg ; le lycée Janson de Sailly fit de même ; le collège Chaptal loua un grand terrain au Vésinet, avec bras de rivière pour les canots et piste pour les courses à pied. Les élèves de Rollin et de Condorcet allaient courir et jouer sur la pelouse de la Ligue ; ceux des lycées de la rive gauche (Louis-le-Grand, Saint-Louis et Henri IV), adoptaient le parc de Meudon.

La province s'empressa d'imiter cet exemple et au bout d'un an trente-quatre lycées étaient déjà entrés dans le mouvement (1).

Le congrès pour la propagation des exercices physiques qui se réunit à Paris, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1889, exerça par ses réunions, ses excursions, ses concours et ses luttes, une grande influence sur la propagation des idées nouvelles et accentua davantage l'œuvre de vulgarisation que les efforts des sociétés et surtout ceux de la Ligue avaient déjà si bien engagée.

Depuis cette époque le goût des exercices physiques s'est développé d'une manière inespérée; il a même peu-être un peu dépassé le but. En tout cas, il a franchi les limites que l'hygiène avait voulu lui assigner. Au début, quand nous avons commencé la campagne dont nous recueillons les fruits, nous ne songions qu'à l'éducation de la jeunesse. Nous voulions faire de nos enfants des hommes sains de corps et d'esprit, vigoureux et alertes, au lieu des avortons myopes, débiles et névropathes que le surmenage intellectuel et la sédentarité à outrance étaient en train de nous élaborer ; mais nous n'avions pas prévu les *Sports* de tout genre, auquel nous assistons ; nous n'avions pas prévu les courses des coltineurs et des Dahoméens, celles des porteurses et des échassiers. Les jeux de plein air qu'ils soient français ou venus d'Angleterre, la vieille gymnastique aux agrès, tout cela est dépassé; c'est le *Sport* avec ses entraînements et ses luttes qui passionne notre époque. Ce n'est plus de l'hygiène, c'est un renouveau des temps passés. Ce sont les jeux olympiques qui reviennent sous une autre forme, les tournois qui se démocratisent et dans les collèges les élèves se passionnent pour les jeux de plein air dont on a su leur inspirer le goût.

Je suis loin, pour ma part, de me plaindre de cette tendance nouvelle. Malgré les accidents quils occasionnent parfois, je trouve que ces *Sports* ont du bon et je les préfère de beaucoup à ces courses de chevaux qui ne sont pour ceux qui y assistent qu'un moyen de satisfaire leur passion pour le jeu, quelque chose comme la roulette ou la loterie.

La force physique et l'adresse étaient beaucoup trop méprisées parmi nous. La gracilité des formes, la pâleur du teint, un certain air de débilité et de mollesse, la finesse des attaches jointe à la myopie étaient, il y a quarante ans, le suprême de la distinction et l'idéal dont les jeunes gens cherchaient à se rapprocher. Je suis heureux pour ma part de leur voir d'autres ambitions. Il vaut mieux être fier de son agilité, de son biceps et de son coup d'œil que de caresser sa gastralgie et de s'énorgueillir de sa demi-cécité. La transformation du reste est déjà évidente. Au lieu de ces files lugubres de lycéens avachis, marchant deux à deux, d'un pas languis-

(1) *L'Education physique*, bulletin de la ligue nationale, numéro de mars 1889, p. 5.

sant et ennuyé qui se traînaient autrefois sur les trottoirs en se rendant à quelque promenade maussade qui ne leur inspirait que de l'ennui, nous voyons aujourd'hui passer de robustes gaillards, au teint coloré, la tête haute, les épaules bien effacées, un bon sourire sur les lèvres et marchant d'un pas alerte parce qu'ils savent qu'ils vont se divertir sur quelque pelouse ou dans quelque parc bien disposé pour leurs exercices.

Les jeux de plein air, la course, le saut, la paume, le polo, le foot-ball et le base-balle, malgré leur origine exotique, valent beaucoup mieux que la gymnastique aux agrès qui n'était qu'un pis aller que les pédants du trapèze avaient réussi à rendre aussi ennuyeuse que le mot à mot et le thème grec. Les jeux sont un plaisir et la gymnastique est un travail. Les premiers se composent d'une séries de mouvements naturels, exigeant de la précision, de l'agilité et du coup d'œil en même temps que de la force; tandis que la gymnastique aux agrès et notamment le trapèze, qui en est la plus haute expression, mettent surtout en jeu les muscles des bras et de la poitrine et impriment au tronc des mouvements pour lesquels il n'est pas fait.

« De nos jours, dit le docteur Lagrange, on n'est pas loin de considérer « le trapèze comme le régénérateur de l'espèce humaine. Il semble que « l'art de mouvoir ses membres ne puisse s'acquérir qu'à la suite de longues « recherches et de profondes méditations. Nous tombons sous la férule « des pédants de la gymnastique.

« Dans les établissements universitaires et même dans les pensionnats « de jeunes filles, on voit se dresser les engins les plus compliqués et s'en- « seigner les mouvements les plus difficiles, on pourrait dire les plus gro- « tesques.

« Ces appareils ne sont cependant pas sans inconvénients. Les professeurs « de gymnastique reconnaissent eux-mêmes que l'abus des exercices aux « agrès arrête le développement de la taille et peut amener des déforma- « tions. Presque tous les exercices aux engins fixes exigent que le corps « soit soutenu par les poignets ou suspendu par les mains. Les bras « usurpent ainsi le rôle des jambes et, lorsque ces attitudes anormales sont « souvent répétées, la forme du corps se modifie en les subissant. (1). » Cela n'arrive, il est vrai, qu'aux gymnastes de profession, mais des manœuvres dont l'abus peut produire ce résultat ne sont assurément pas salutaires.

En somme, les gymnases sont à leur place dans les lycées, pour permettre aux élèves de faire de l'exercice pendant les courtes récréations; mais à la condition qu'on ne le leur impose pas comme une corvée, comme une leçon de plus et qu'on les laisse user à leur guise des engins, en se bornant à les surveiller attentivement pour leur épargner les accidents auxquels les exposerait leur inexpérience.

Les gymnases sont encore plus utiles dans les écoles communales. Les enfants qui les fréquentent ne peuvent pas, comme les lycéens, être conduits sur des pelouses ou sur des terrains disposés pour les jeux de plein air, il est bon qu'ils trouvent, dans la cour de leur école, les moyens de prendre

(1) J. Lagrange. Communication faite le 18 août 1888 à la commission de gymnastique (*Mémoires et documents scolaires* publiés par le Musée pédagogique, fascicule n° 77)

un exercice salutaire pendant la récréation, d'y acquérir la souplesse et l'agilité que donne la gymnastique. Aussi, nous ne pouvons qu'applaudir à l'arrêté du préfet de la Seine, en date du 4 mars 1893, lequel a généralisé et réorganisé l'enseignement de la gymnastique dans les écoles communales de Paris.

Dans de pareils établissements, il est impossible de songer à laisser aux enfants la libre disposition des engins, comme on peut le faire dans un lycée; il faut qu'ils soient dirigés, instruits par des professeurs spéciaux sous la surveillance des inspecteurs et des inspectrices de cet enseignement créés par l'arrêté préfectoral du 4 mars 1893.

Dans un prochain article, nous étudierons les différents genres de sport et leur influence sur la santé de ceux qui s'y livrent.

(*A suivre.*)

Jules ROCHARD.

Dans notre numéro de jeudi dernier, 15 juin, nous avons omis d'indiquer l'auteur de la clinique intitulée des **abcès de la région ano-rectale et de leur traitement.** *Nous avons eu l'avantage de pouvoir donner déjà à nos lecteurs plusieurs articles de M. Paul Reclus, de l'hôpital de la Pitié, et certes, à l'intérêt du sujet traité, au style, ils auront reconnu ce chirurgien. Mais nous voulons profiter de l'occasion pour faire une petite rectification.*

« D'après le relevé d'une année à l'hôpital Broussais, nous dit M. Reclus, j'ai constaté « 18 abcès intra-sphinctériens et seulement 4 extra-sphinctériens ». (C'est 1 au lieu de 4 qu'il faut lire).

REVUE DE LA PRESSE DE PROVINCE

La Myocardite chronique. — A la Société de médecine de Lyon, M. LÉPINE a rappelé que la myocardite est plus commune que les affections valvulaires du cœur et qu'elle se manifeste cliniquement par différents signes, dont les plus habituels sont l'arythmie, le tachycardie, le bruit de galop, parfois l'embryocardie, la faiblesse du pouls, les palpitations, l'oppression, etc., à ces signes viennent parfois se joindre des bruits de souffle, soit un bruit de souffle systolique à la pointe, symptomatique d'une insuffisance mitrale non organique (soit même mais beaucoup plus rarement) un souffle diastolique à la base, symptomatique d'une insuffisance aortique non valvulaire. A l'autopsie, on trouve le cœur gros, souvent dilaté, souvent aussi hypertrophié. Histologiquement, d'après la plupart des auteurs, on devrait rencontrer une myocardite interstitielle, mais il résulte des examens faits minutieusement par M. Lépine dans plus de 60 cas, en collaboration avec M. le docteur Mollard, qu'on ne rencontre que dans moins de un quart des cas une scélérose du myocarde et que, dans plus des trois quarts des cas, il s'agit de lésions atrophiques de la fibre musculaire. Ces lésions sont les suivantes :

1° L'écartement et la dissociation des fibrilles, avec ou sans perte de substance;

2° Le défaut de coloration des fibres. On rencontre de plus :

3° La dégénération pigmentaire ;

4° La segmentation des fibres (lésion découverte par le professeur Renaut) ;

5° L'écartement des fibres sans interposition de noyaux ;

6° L'augmentation de volume des noyaux (lésion rare relativement aux précédentes).

La signification de cette dernière lésion n'est pas encore bien établie ; les lésions 4 et 5 pouvant correspondre à un certain degré d'adème du cœur. Quant aux lésions 1, 2 et 3 ce sont évidemment des lésions atrophiques. La première est très commune.

La mortalité et les causes de la mort chez les varioleux. — A la Société de médecine du Nord, M. Cambournac a donné les résultats fournis par l'étude de 319 cas de variole observés par lui pendant la dernière épidémie à Lille. Il y a eu 44 cas de mort, ce qui donne un chiffre global de 14 décès pour 100 cas. Lorsque l'on établit des distinctions, on s'aperçoit que, chez l'enfant, la mortalité a été beaucoup plus élevée que chez les adultes ; sur 81 enfants varioleux, il y a eu en effet 24 morts, soit une proportion de près de 30 p. c. Pour ce qui est des hommes, on a noté 11 décès pour 117 cas, soit 9,14 p. c. En ce qui concerne les femmes, le rapport a été de 9,17 p. c., c'est-à-dire que 15 femmes sur 121 sont mortes des suites de la variole.

Dans 12 cas il n'a pas été possible de reconnaître cliniquement la cause de la mort. 6 malades ont présenté la forme hémorrhagique de la variole et ont succombé. Bien que l'on ait prétendu que l'alcoolisme ne donnait lieu qu'à la forme hémorrhagique tardive, tous les cas suivis de mort étaient des varioles hémorrhagiques précoces et 3 étaient des alcooliques renforcés. Le huitième des décès au moins est dû à la variole noire.

La broncho-pneumonie a eu une plus grande part ; sept varioleux, dont 4 enfants, ont succombé pendant la période de suppuration et même pendant la convalescence à cette complication pulmonaire, qui a causé le septième au moins des décès.

La longueur de la suppuration a amené la mort de 9 varioleux ; 4 étaient des petits enfants apportés tardivement à l'hôpital et, dans un des cas, il s'agissait d'une nourrice débilitée ; les 4 derniers moururent vers les 12e et 15e jours de la confluence et de l'asphyxie réflexe qui en résulte autant que de la suppuration mal établie.

La confluence seule de l'éruption en a, de son côté, tué 4 par asphyxie.

3 enfants ont présenté des accidents méningés qui les ont emportés. Enfin, un autre a été asphyxié par une localisation de l'éruption sur la glotte et le larynx, un dernier a présenté des signes de myocardite. Une métrorrhagie incoercible a enlevé une femme.

On voit que le mécanisme de la mort, dans la variole, peut être très varié et qu'il peut s'agir d'infection secondaires, de localisations dangereuses, etc.

Examen bactériologique de la diphtérie. — M. Tézenas a exposé à la Société des sciences médicales de Lyon la méthode qu'il emploie pour l'examen bactériologique des fausses membranes diphtériques. Avec un fil en platine spatulé et stérilisé à la flamme, on gratte les amygdales, qu'il y ait ou non des fausses membranes, et on ensemence le produit de ce grattage sur deux tubes de sérum qui sont portés dans une étuve à 35 degrés. Douze heures plus tard on trouve des colonies, s'il s'agit bien de diphtérie. On prend alors une parcelle de la culture avec le fil de platine, on la délaie dans l'eau distillée et on l'étend sur deux lamelles.

La première lamelle est colorée par la méthode de Gersin :

Violet de dahlia.....................	1 gramme
Violet de méthyle....................	3 —

par laquelle on reconnait la forme des microorganismes ; ensuite on décolore par la méthode de Gram, et le diagnostic est confirmé si le bacille reste coloré.

Ce procédé est absolument certain et le diagnostic porté n'a jamais été démenti par la marche de la maladie.

Cent cas ont donné les résultats suivants :

1° Angines avec bacilles de Loffler, guérisons				27
2° —	—	—	morts	36
3° Angines non bacillaires, guérisons				34
4° —	—	morts		3
				100

Dans ces 3 derniers cas, la mort est due à une scarlatine, dans l'autre à une broncho-pneumonie. Dans le troisième cas, ces bacilles ressemblent à celui de Loffler, mais n'en présentent pas les caractères.

M. Courmont, rappelant les travaux de Bove et de Martin, a insisté sur ce point qu'il est bien établi que l'absence du bacille de Loffler indique à coup sûr l'absence de diphtérie. La clinique, à elle seule, est incapable d'avancer le diagnostic de la maladie, car les fausses membranes ressemblent absolument à celles de la diphtérie, pouvant être dues à des streptocoques, à des pneumocoques, à des cocci variés. La diphtérie peut aussi exister sans fausses membranes apparentes. L'isolement du malade doit être prolongé jusqu'à ce que l'on ne trouve plus de bacilles virulents dans sa gorge.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 juin 1893. — Présidence de M. Fernet.

De la prétendue hérédité du rachitisme

M. Comby fait, sur ce sujet, une intéressante communication, que nous avons déjà publiée *in extenso*. (*Union médicale*, 9 juin.)

M. Rendu pense qu'il ne faut pas rejeter absolument l'hérédité directe du rachitisme. Il a observé chez tous les enfants d'une même famille le développement d'un rachitisme qu'il était impossible d'expliquer autrement; les enfants avaient tous eu de bonnes nourrices, et il n'y avait pas d'antécédents syphilitiques chez les parents.

M. Comby. — Chez les enfants placés dans de bonnes conditions hygiéniques, on voit fréquemment apparaître un rachitisme léger dont la cause échappe le plus souvent; mais, pour les cas graves, on peut incriminer à juste titre les défauts d'hygiène alimentaire.

M. Rendu. — Une mauvaise alimentation n'est pas tout, cependant, dans le rachitisme; chez quelques-uns des petits malades, le rachitisme fut assez accentué pour avoir nécessité l'application d'appareils contre les déformations des membres; ce n'était donc pas là un rachitisme léger; il y a encore quelque chose d'obscur dans l'étiologie de l'affection.

Les bains froids, le sulfate de cinchonamine comme antithermiques, l'acide lactique comme antiseptique local dans l'érysipèle

M. Le Gendre (en son nom et au nom de M. Beaussenat). — L'emploi des bains froids, de 18° à 20° et d'une durée d'un quart d'heure, conseillé jusqu'ici dans les formes hyperthermiques ou ataxo-adynamiques de l'érysipèle, mérite d'être appliqué dans tous

les cas graves, quel que soit le facteur de gravité : délire simple ou *delirium tremens*, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, complications cardiaques, complications rénales même.

MM. Le Gendre et Beaussenat ont vu guérir, grâce aux bains froids, qui ramenaient la polyurie, des malades excrétant 4 et 6 grammes d'albumine par litre avec oligurie et symptômes d'urémie. Toutes les fois que la température se maintient sans rémission au dessus de 39°5, que la langue se sèche, qu'il y a de l'insomnie, de l'agitation, du délire, les bains froids doivent être prescrits ; ils doivent l'être d'une façon précoce chez les alcooliques.

Les abaissements thermiques obtenus par chaque bain ont varié de deux dixièmes de degré dans les cas d'hyperthermie les plus sévères, à 3°5 ; en moyenne, ils ont été de 1 degré. Le maximum des bains donnés en vingt-quatre heures a été de six, et de vingt-six dans le cours de la maladie.

Les chiffres suivants témoignent de l'utilité de la balnéation : sur 433 érysipèles que MM. Legendre et Beaussenat ont traités, 370 sans bains ont donné 25 décès, 63 avec bains n'ont fourni que 2 décès. Les antithermiques usités habituellement (quinine, antipyrine, acide salicylique) n'ont donné que des résultats insignifiants ou peu durables. Mais, dans plusieurs cas, MM. Le Gendre et Beaussenat ont obtenu de bons effets d'un antithermique nouveau, préparé par M. le professeur Arnaud, du Muséum, le sulfate de cinchonamine ; injecté sous la peau aux doses de 30 à 60 centigrammes, il s'est montré supérieur, dans certains cas, aux autres antithermiques ; plusieurs fois, il est vrai, son effet a été nul ou trop passager. Deux fois, des convulsions épileptiformes se produisirent, mais disparurent rapidement.

Dans quatre cas, MM. Le Gendre et Beaussenat ont pratiqué des injections intradermiques d'acide lactique ; ces injections doivent être faites chacune avec un demi-centimètre cube d'un solution à 1 p. 100 ou à 1 p. 50, sur deux rangées, à 3 centimètres l'une de l'autre, et à 3 centimètres du bourrelet d'envahissement, chaque piqûre étant distante de 3 centimètres de sa voisine. Les bons résultats obtenus encouragent de nouvelles tentatives.

M. Juhel-Rénoy. — Les bains froids constituent le meilleur traitement des érysipèles graves. Il ne faut pas se guider obstinément sur la température du malade pour l'administration du bain, mais il faut aussi considérer l'état général, l'activité de la diurèse, etc. Le bain froid est quelquefois nécessaire dans des érysipèles à faible température, mais avec état typhoïde ; d'autre part, de hautes températures sont quelquefois très bien supportées et permettent une diurèse suffisante pour que le bain ne soit pas indiqué. Sur 541 cas que M. Juhel-Rénoy a traités, 82 présentaient la forme typhoïde ; il y eut 8 décès sur ces 82 cas graves, ce qui donne une mortalité de 10 p. 100, tandis qu'elle n'est pas de 2 p. 100, quand on envisage toutes les formes.

Chez les malades qui ont de l'albumine dans les urines, le bain froid produit d'excellents effets, comme l'a vu M. Le Gendre ; d'ailleurs, il y a longtemps que M. le professeur Renaut, de Lyon, a traité par les bains froids des néphrites aiguës.

M. Gaillard a apprécié, lui aussi, les bienfaits de la balnéation froide dans les érysipèles graves ; quand la céphalalgie est violente, des sacs de glace appliqués sur la tête soulagent beaucoup les malades.

L'antipyrine dans l'atrophie des nerfs optiques.

M. Le Gendre lit au nom de M. Valude une note sur l'emploi de l'antipyrine dans les formes d'atrophie optique relevant d'une altération vasculaire du tissu connectif interstitiel qui constitue la stroma du nerf optique ; M. Valude cite plusieurs cas, suivis de-

puis longtemps, dans lesquels l'antipyrine, grâce à son action vaso-dilatatrice périphérique, a amené une notable amélioration alors que tous les autres moyens avaient échoué; c'est surtout la vision de près qui se trouve améliorée. Comme dans un nerf optique en voie d'atrophie, les divers faisceaux sont inégalement envahis par le processus de sclérose, il en résulte que l'antipyrine trouve dans ces différents départements vasculaires des foyers de résistance très variable.

Aussi les uns reviennent-ils à une irrigation vasculaire plus normale, tandis que les autres, résistant au médicament vaso-dilatateur, continuent à progresser dans la voie de l'atrophie. Cette circonstance explique que l'examen objectif, malgré une notable amélioration de la vision ne révèle guère de changements dans la blancheur de la papille atrophiée, et aussi ce fait que l'acuité visuelle de près se montre toujours meilleure que la vision éloignée, pour l'exercice de laquelle, le concours de tous les segments de la rétine est presque nécessaire.

M. Valude pense donc que ce traitement par l'antipyrine est utile dans certains cas d'atrophie optique. Lorsque, dans une névrite interstitielle, les phénomènes inflammatoires et congestifs ont cédé et que les mercuriaux cessent de pouvoir agir au moment où la papille commence à devenir blanche, il est indiqué de ramener l'irrigation vasculaire du nerf optique par l'antipyrine. Plus on attendra et plus l'effet du médicament sera limité à certains faisceaux.

M. Valude administre l'antipyrine en injections sous-cutanées d'une solution saturée (1 gramme, puis 2 grammes par jour); les piqûres peuvent être continuées très longtemps.

Hémiplégie hystérique.

M. Ferrand présente un malade âgé de 65 ans atteint d'hémiplégie hystérique; le début des premiers accidents hystériques s'est fait à 60 ans; les troubles moteurs existent aux membres et à la face; il y a une hémianesthésie très nette.

Hémoptysies ourliennes.

M. Comby, à propos des hémoptysies qui se produisent au cours des oreillons et dont il a entretenu récemment la Société, rappelle que les hémoptysies ourliennes avaient été décrites par M. Gaillard (Montpellier).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 juin 1893. — Présidence de M. Darcet

Sommaire : M. Dastre: Le ferment pancréatique. — MM. Gley et Charrin : Action des ferments solubles du bacille pyocianique sur le cœur. — M. Roger : Action de l'extrait des muscles sur la température des animaux.

M. Dastre a étudié les *ferments pancréatiques* et recherché si la trypsine et l'amylose avaient une action simultanée ou bien s'ils pouvaient être dissociés. Lorsque, pendant un quart d'heure, l'on fait macérer le pancréas dans une solution d'eau salée à 7 0/0, l'amidon est rapidement attaqué par le produit de la macération, mais la fibrine reste intacte. On peut donc séparer l'amylose de la trypsine. Si la macération du pancréas a duré deux heures la fibrine est digérée. L'amylose a disparu des macérations de pancréas d'animaux à jeun.

— M. Gley et M. Charrin continuent à étudier l'*action des produits solubles du bacille pyocianique* sur le cœur. Il y a d'abord ralentissement du cœur avec élévation de la

pression ; puis, lorsque l'intoxication fait des progrès, les tracés présentent des irrégularités avec augmentation de la diastole et la pression s'abaisse. Finalement, l'arrêt du cœur survient en diastole.

Les modifications cardiaques causées par le poison existent aussi lorsque l'on sectionne le bulbe et que l'on détruit la moelle. Il y a donc action directe sur le cœur.

M. Roger communique le résultat de ses recherches sur l'*action de l'extrait de muscle sur la température des animaux*. Les injections de cet extrait amènent une élévation thermique très marquée qui va en augmentant pendant trois ou quatre heures; puis la température revient à la normale. Ces phénomènes se produisent avec un extrait de muscles frais, mais si on opère avec un extrait de muscles provenant d'un animal mort on constate que ce pouvoir thermogénique est beaucoup plus marqué.

Si on pratique les mêmes recherches avec des injections d'urine, on remarque que celles-ci déterminent tout d'abord un abaissement de la température, mais bientôt après survient une élévation thermique très prononcée et la courbe est alors assez semblable à celle que l'on obtient avec les injections d'extrait de muscle. Si on opère avec de vieilles urines on n'obtient aucune modification thermique.

M. Hanot présente des dessins qui montrent bien les lésions cellulaires que l'on constate dans le foie infectieux. Les altérations portent tout d'abord sur le lobule entier qui a perdu sa disposition régulière. Les cellules sont disséminées sans ordre et leur forme aussi bien que leur constitution est modifiée ; les lésions sont tantôt d'ordre proliifératif, tantôt dégénératif et même nécrobiotique.

M. Pachon communique en son nom et au nom de M. Carvallo le résultat des recherches qu'ils ont faites sur l'*activité digestive du pancréas des animaux à jeun, normaux et dératés*. Ces auteurs ont expérimenté ainsi des extraits de pancréas d'animaux à jeun depuis cinq jours; les macérations dans une solution phéniquée à 2 p. 100 se sont montrées actives; elles étaient capables de digérer la fibrine au bout d'un certain temps, ainsi qu'en témoignent les réactions. Il résulte de ces faits que le pancréas des animaux à jeun de même que celui des animaux dératés conserve son pouvoir digestif.

Tout cela, d'après M. Dastre, est connu depuis longtemps et prouve seulement la persistance de l'action d'un des ferments du pancréas, la trypsine.

BIBLIOTHÈQUE

Traité de chirurgie de Guerre,

par L. Delorme, tome second. — Paris. Alcan, 1893.

M. le docteur Delorme vient de compléter son important traité de chirurgie de guerre, dont le premier volume avait paru il y a quelques années.

Ce tome second est consacré aux lésions des os par les armes à feu, aux blessures des régions et au service de santé en campagne.

L'étude des traumatismes des os par les armes de guerre est peut-être la partie la plus intéressante de celles que comporte la chirurgie d'armée. La fréquence avec laquelle on observe ces blessures, leur caractère particulier, leur gravité, la multiplicité et l'importance des interventions qu'elles réclament, la durée et la difficulté de leurs cures, enfin la part considérable dévolue au chirurgien dans les succès obtenus, forcent ce dernier à porter sur elles une attention particulière. Grâce à de nombreuses expériences,

l'auteur a pu fixer, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, les caractères anatomo-pathologiques des principales de ces lésions; si les transformations récentes des armements ont modifié leur caractère, la méthode antiseptique, en changeant leur processus, a bouleversé ce qu'une longue observation avait appris sur leur marche, sur leur traitement et sur les accidents auxquelles elles peuvent donner lieu.

Des nombreuses attributions du service en campagne, M. Delorme ne retient que celles relatives aux premiers soins à donner aux blessés sur le champ de bataille, au triage méthodique de ces blessés, au traitement sur place des blessés atteint légèrement ou de ceux qui, en raison de la gravité de leur état, ne peuvent être soumis à l'évacuation rapide vers l'arrière de tous les autres blessés, à l'initiative à prendre pour la création et l'extension des établissements hospitaliers de la mère patrie, aux soins à donner aux blessés pendant les sièges.

Dans son dernier chapitre on trouve, sous forme d'agenda, les questions les plus importantes que pourront soulever les derniers progrès accomplis.

COURRIER

M. le Dr Rochard, chirurgien des hôpitaux, vient d'être nommé chirurgien consultant adjoint de la Compagnie des Chemins de fer de l'Ouest.

Missions. — M. le ministre de l'instruction publique vient de confier à M. le Dr Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, une mission scientifique aux Etats-Unis, et plus particulièrement à Chicago.

Les études de M. Pozzi porteront sur l'organisation et l'installation des laboratoires de chirurgie. Il aura également à se préoccuper des instruments dont les chirurgiens américains font usage et devra, à l'issue de sa mission, rédiger un rapport sur les questions qui se rattachent à l'enseignement médical et chirurgical au Etats-Unis.

M. Colonna Ceccaldi, docteur en médecine, a été, d'autre part, chargé par M. Poincarré d'étudier en Russie les maladies du charbon et du rouget.

— Par un arrêté du 16 juin, le ministre de l'instruction publique a confié à M. Darier, docteur en médecine, la mission d'étudier en Allemagne la pratique et l'enseignement de l'ophtalmologie.

M. Darier étudiera, notamment à Heidelberg, Wurtzbourg, Erlangen, Gœttingen, Iéna, Leipzig, Hambourg et Cologne, l'organisation des cliniques, des musées et des bibliothèques ophtalmologiques.

Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Besançon 1893). — Ce Congrès s'ouvrira le jeudi 3 août 1893, sous la présidence de M. Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, il sera clos le jeudi 10 août.

Indépendamment des séances de sections et des conférences, le Congrès comprendra des visites scientifiques et industrielles et des excursions. Une excursion de trois jours, 11, 12 et 13 août aura lieu dans le Jura après la clôture de la session.

Des réductions de tarif, 50 0/0, sont accordées sur les chemins de fer aux membres de l'Association qui assistent à la session. Pour profiter de cette faveur, les membres de l'Association devront en faire la demande au Secrétariat (rue Serpente, 28) avant le 15 juillet, terme de rigueur.

Accident a l'Ecole du service de santé militaire a Lyon. — M. Jourdan, élève de l'Ecole de santé militaire de Lyon, en prenant le 13 juin une leçon d'escrime, s'est enferré sur le fleuret du maître avec qui il tirait. L'arme s'était brisée au cours d'une parade. Le malheureux jeune homme est mort peu d'instants après.

Asile pour les femmes enceintes. — On vient de terminer, rue de Tolbiac, les travaux de construction d'un bâtiment destiné à recevoir les femmes encointes.

Plus de cent lits seront disponibles dans ce nouvel asile, qui devra plus tard être doublé d'une construction complémentaire, mis à la disposition des malades. Les dépenses totales d'édification s'élèveront à 400,000 francs environ, dont 250,000 francs ont été employés déjà. C'est faute d'argent que les travaux n'ont pas été dès maintenant continués.

La partie aujourd'hui construite — à l'aménagement de laquelle il va être procédé — comporte :

Au rez-de-chaussée, deux dortoirs et leurs dépendances, et des ateliers où les femmes auront la faculté de travailler pour elles.

Au premier étage, quatre dortoirs contenant chacun 33 lits et ayant comme dépendances lavabo et vestiaire.

La partie de l'édifice restant à construire sera exécutée identiquement à la première, ce qui porte à deux cents le nombre des malades qui pourront être admis.

Cet asile sera comme une antichambre de la Maternité. On y admettra surtout les femmes dont la grossesse sera de huit mois environ. Une sage-femme et un médecin seront attachés à l'établissement.

Les travaux de la première partie du bâtiment ont été commencés au mois de juillet 1892. On procédera vraisemblablement en septembre prochain à leur inauguration.

Le secret professionnel des directeurs d'hôpitaux. — L'article 378 du Code pénal érige en délit le fait d'avoir révélé des secrets lorsqu'on appartient à la catégorie des personnes énumérées par le législateur. Ce sont les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie. La question est depuis longtemps jugée pour le prêtre, le magistrat, l'avocat, le notaire, etc.; mais jamais, jusqu'à présent, le débat n'avait été soulevé pour un directeur des hospices. Voici le fait :

M. Moinet, directeur des hospices de Rouen, appelé comme témoin chez un juge d'instruction, refusa de répondre à ces trois questions : X... a-t-il été à l'hospice ? Quelle date d'entrée? Quelle date de sortie ? La Cour de cassatiou vient de décider que la seule circonstance d'avoir été admis à l'hospice ne rentre pas dans la série des faits ayant un caractère confidentiel pouvant motiver le silence du directeur. Par conséquent et *à priori* le directeur ne peut se dispenser de donner le renseignement à la justice en s'abritant uniquement derrière la nature de sa fonction. Mais le même arrêt ajoute qu'un directeur peut être considéré comme tenu d'observer le secret professionnel dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des familles.

— En 1892, il est entré pour scarlatine, dans les hôpitaux de Londres, 13,093 malades, soit 6,556 de plus que le maximum des années précédentes.

— Le *New-York medical Record* estime qu'il se produit à peu près 80,000 avortements criminels par an à New-York.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

DERMATOSES SUPPURATIVES (1)

Impétigo. — Ecthyma. — Rupia. — Furoncle. — Anthrax. — Sycosis. — Kérion. — Bouton de Biskra

Par M. le docteur TENESSON, médecin de l'hôpital Saint-Louis

1. Les dermatoses suppuratives sont encore disséminées au quatre coins du cadre dermatologique. Nous espérons démontrer qu'elles forment un groupe des plus naturels, des plus homogènes. Si l'on fait abstraction des infections pyohémiques générales de l'organisme, dans lesquelles il peut se produire des abcès dans la peau comme partout ailleurs, toutes les dermatoses suppuratives : impétigo, ecthyma, furoncle, sycosis, etc., sont dues à l'inoculation des organismes pyogènes de l'extérieur. En formulant cette proposition avec insistance depuis plusieurs années, nous allons sans doute un peu au delà des données de la bactériologie ; mais la clinique démontre le fait autant qu'un fait peut être cliniquement démontré. Toutes ces lésions si dissemblables par l'aspect extérieur sont inoculables indéfiniment, soit sous la même forme, soit sous une forme différente ; et, d'autre part, quand on s'oppose au transport du pus, par un pansement convenable, on arrête court un processus qui depuis des mois se multipliait sur toutes les régions du corps, comme engendré par une cause générale et mystérieuse.

La clinique ne peut aller au delà. Il appartient à la bactériologie de définir les organismes inférieurs qui sont en cause, de nous apprendre si des organismes différents produisent la même lésion cutanée, si le même organisme produit des lésions différentes. Il sera sans doute intéressant de le savoir, mais quelle que soit la réponse, l'homogénéité du groupe dermatologique n'en sera pas changée, et la conduite à tenir en thérapeutique restera la même. Le malade qui transporte sur l'ongle une goutte de pus d'une région à une autre, s'inocule toujours des organismes divers ; et il importe peu, au point de vue pratique, que la nouvelle lésion d'inoculation soit due à tel ou tel d'entre eux.

Toutes les affections suppuratives que nous allons passer en revue, sont primitives ou secondaires : primitives quand elles se développent d'emblée sur la peau saine ; secondaires quand elles se greffent sur une lésion préexistante : eczéma, prurigo, acné, pemphigus, trichophytie, syphilide, etc.

Dans la genèse d'une maladie microbienne, le terrain a autant d'importance que la graine. Toutes les terres ne sont pas également propres à la culture d'une plante ; toutes les peaux n'ont pas la même réceptivité pour les organismes pyogènes. Chez certains sujets, l'aptitude à suppurer se rattache à des conditions hygiéniques ou pathologiques déterminées ; chez d'autres, il faut se borner à constater le fait ; et quand même on donnerait

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis.

un nom à cette aptitude morbide, à cette diathèse, on ne serait pas plus avancé. En général, tout ce qui affaiblit l'organisme, déprime les forces, diminue la résistance vitale, tout cela augmente la réceptivité pour les dermatoses suppuratives. L'alimentation et l'aération insuffisantes, le surmenage, les excès de tout genre, l'état puerpéral, les maladies infectieuses, le diabète, la scrofule tiennent ici le premier rang; la peau, chez de tels sujets, suppure à propos des moindres traumatismes, et les lésions suppuratives tendent à se prolonger, à s'étendre, à se multiplier indéfiniment. C'est ce que l'observation clinique a établi depuis longtemps; et de toutes ces conditions de terrain, de tous ces états généraux résultent des indications thérapeutiques qui s'imposent, mais dont le développement ne serait pas ici à sa place.

Ces préliminaires étant posés, étudions successivement les diverses lésions suppuratives de la peau, qui ont reçu des noms particuliers.

2. Impétigo. — Le mot latin *impetigo, inis* (fém.) se trouve pour la première fois dans Celse, avec un sens différent de celui qu'il a reçu depuis Willan. Celse a traduit par *impetigo* un terme grec qu'il a omis de faire connaître; de là un problème de terminologie qui n'est pas encore résolu. Ce qu'on appelle aujourd'hui impétigo portait le même nom, il y a quarante-cinq ans. En conservant le nom, il est impossible de conserver la conception willanique de la chose; cependant la question de l'impétigo n'est encore traitée dans aucun livre conformément aux données de la science moderne. Les développements dans lesquels nous allons entrer à cet égard ne seront donc pas superflus.

Quand l'épiderme suppure, il se recouvre de croûtes formées de pus concrété et de débris épithéliaux. Des croûtes recouvrant un épiderme en suppuration : voilà ce que tout le monde appelle impétigo; il convenait de le dire explicitement.

La couche cornée de l'épiderme, quand elle est intacte, oppose une barrière infranchissable aux organismes inférieurs. Pour qu'ils arrivent au contact du corps muqueux, il faut donc que la couche cornée soit préalablement enlevée ou altérée ou entamée. De là trois modes de début pour l'impétigo.

1° Les organismes pyogènes se déposent sur l'épiderme décortiqué (dépouillé de sa couche cornée) par le fait d'un eczéma, d'une dermatite artificielle, etc.

2° Les organismes pyogènes passent à travers la couche cornée décollée qui forme la paroi d'une vésicule ou d'une bulle. L'expérience prouve que le liquide séreux des bulles contient invariablement des organismes pyogènes au bout de quelques heures et n'en contient jamais quand on les isole à leur naissance. A la bulle purulente succède une croûte, et si la couche cornée ne se reproduit pas immédiatement, si le corps muqueux suppure, l'impétigo est constitué. Dans certaines affections bulleuses, la couche cornée qui se décolle pour former une bulle, ne se soulève pas; le résultat est le même, en ce qui concerne l'impétigo; il succède alors à une bulle sèche, à une bulle sans eau.

Les organismes pyogènes sont inoculés sur la peau saine. Les ongles ou la lancette entament la couche cornée et leur livrent passage.

Alors dans les points mêmes où ils ont pénétré, se développent des *pus-*

tules d'inoculation. Ces pustules ont été considérées depuis Willan et sont encore considérées par beaucoup de médecins comme la lésion fondamentale de l'impétigo. C'est une erreur pour trois motifs : 1° Les pustules dont il s'agit font défaut dans un grand nombre de cas Les impétigos qui débutent ainsi ne sont pas les plus communs. 2° Les pustules, quand elles existent, sont éphémères; elles durent quelques jours au plus, tandis que l'impétigo se prolonge pendant des mois, s'il n'est pas bien traité. 3° Les pustules d'inoculation qui sont quelquefois le début de l'impétigo, peuvent être celui de ses équivalents pathologiques, de l'ecthyma, du furoncle, du sycosis, etc.

Etudions maintenant de plus près ces pustules d'inoculation. Elles sont grosses comme un grain de millet et peuvent atteindre le volume d'un pois; elles sont entourées d'une aréole congestive peu étendue. Les unes se dessèchent promptement, se cornent, avortent; les autres laissent après elles des croûtes qui reposent sur un épiderme décortiqué et suppurant. Ces petites croûtes peuvent rester distinctes, ou elles s'élargissent, se rapprochent et se confondent. De larges croûtes recouvrent alors des surfaces de figure et de dimensions quelconques; la face et le cuir chevelu sont souvent envahis tout entiers chez les enfants. Les croûtes sont tantôt sèches, grisâtres, adhérentes, tantôt molles, épaisses jaunâtres ou verdâtres, et baignent alors dans du pus liquide.

Quand la suppuration se prolonge, elle gagne en profondeur, détruit les papilles et les follicules pilaires. Des plaques indélébiles d'alopécie cicatricielle succèdent ainsi à l'impétigo du cuir chevelu.

La durée de l'impétigo abandonné à lui-même est indéfinie, soit qu'on le considère sur une région déterminée, soit qu'on envisage ses localisations successives. Par suite des préjugés qui règnent encore dans le peuple sur les bienfaits de la gourme et sur les dangers de sa suppression, on voit souvent, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, des enfants dont la face et le cuir chevelu suppurent depuis six mois, un an et plus, et qui garderont toute leur vie les stigmates des erreurs médicales d'un autre âge. Nos maîtres qui ne croyaient plus aux vertus dépuratives de la gourme, regardaient néanmoins l'impétigo comme une affection parfois rebelle et délicate à traiter. Aujourd'hui tout impétigo bien soigné doit guérir en une semaine. Voici comment nous procédons.

Quand l'impétigo complique la gale ou la phthiriase, il faut avant tout détruire les acares ou les poux. Cela fait, le traitement comprend trois temps :

1° Si l'impétigo occupe le cuir chevelu et s'il s'agit d'un homme ou d'un enfant, faire couper les cheveux ras. Chez les femme, nous l'avons déjà dit, il ne faut jamais sacrifier la chevelure.

2° Faire tomber les croûtes que l'on ramollit en les imprégnant de vaseline et les recouvrant d'un cataplasme. C'est affaire de quelques heures. Laver et essuyer.

3° Appliquer un pansement humide : compresses d'eau boriquée; taffetas gommé; bande de tarlatane. Eviter soigneusement les auto-inoculations. Maintenir au repos la partie malade.

Si l'impétigo était greffé sur un eczéma, il reste à traiter celui-ci par la méthode que nous avons longuement exposée. Mais jamais il ne faut com-

mencer par le traitement de l'eczéma, appliquer la toile de caoutchouc sur une surface en suppuration; on provoque ainsi à coup sûr une poussée inflammatoire intense, on exaspère l'eczéma et l'impédigo lui-même.

3. Nous ne nous occuperons ici ni de l'*impetigo contagiosa* de Tilbury Fox, ni de l'*impetigo herpetiformis* de Hebra. Ce ne sont pas des impétigos. Le premier est une affection bulleuse aiguë. Le second est pour les uns une maladie générale infectieuse, souvent mortelle; pour les autres, une dermatite herpétiforme. Pour nous, il reste un problème, même après l'intéressant travail de M. Dubreuilh (*Ann. de derm.* avril 1892).

4. Ecthyma, ἔκθυμα, ατος (τὸ). Les pustules d'ecthyma ne sont que des pustules d'inoculation qui ont évolué d'nne façon particulière.

Au début, toutes les pustules d'inoculation se ressemblent; quand elles évoluent dans le sens de l'ecthyma, voici ce qui se passe : l'aréole congestive s'élargit, devient grande comme une pièce de 50 centimes ou de 1 franc; ses bords sont irréguliers ; la croûte est étalée, lamelleuse, irrégulière; elle n'atteint pas la périphérie de l'aréole et repose sur le corps muqueux en suppuration.

Ailleurs la croûte est étroite, épaisse, brune, cornée ; l'aréole s'infiltre et bombe légèrement ; cela touche au furoncle. Il est fréquent de voir sur le même malade, à côté de furoncles et d'ecthymas typiques, tous les intermédiaires.

L'ecthyma est primitif quand il se développe sur la peau saine, secondaire quand il se développe sur une lésion cutanée préexistante et en particulier sur une syphilide. Arrêtons-nous sur l'ecthyma syphilitique.

On a cru pendant longtemps, beaucoup de médecins instruits croient encore que le principe virulent, le parasite inconnu de la syphilis produit des lésions suppuratives, comme il produit du tissu de granulation. Cela est inadmissible. Si le parasite de la syphilis était pyogène, il ne ferait pas seulement du pus dans la peau, il en ferait aussi ailleurs; ce qui n'a jamais lieu. Donc, pour nous, les syphilides suppuratives sont dues à l'envahissement d'une syphilide quelconque par les organismes pyrogènes de l'extérieur.

On a donné le nom d'ecthyma syphilitique à deux lésions distinctes :

1° Ecthyma syphilitique profond ou syphilide ulcéro-crustacée. C'est simplement une gomme du derme ou de l'hypoderme, ouverte, ulcérée et recouverte d'une croûte. La dénomination d'ecthyma doit être ici formellement écartée, à moins qu'on ne veuille appeler ainsi toutes les ulcérations recouvertes de croûtes.

2° Ecthyma syphilitique superficiel. Il appartient à la période des syphilides exanthématiques, secondaires, et revêt deux formes. Dans certains cas il ne diffère en rien par ses caractères objectifs de l'ecthyma vulgaire; et s'il n'existe pas en même temps d'autres syphilides, le diagnostic est impossible d'après les seuls caractères de l'éruption. D'autres fois, l'ecthyma emprunte au terrain, aux syphilides sur lesquelles il se greffe, des caractères géométriques qui le font reconnaître à première vue.

Les croûtes sèches, régulièrement planes et circulaires, sont comme enchâssées au centre d'une large papule à bord net, régulier, circulaire. Ou bien les croûtes sont coniques, très saillantes, formées de couches strati-

fiées en écailles d'huître. Entre ces formes, on observe d'ailleurs tous les intermédiaires.

Le traitement de l'ecthyma est à peu près le même que celui de l'impétigo. D'abord faire tomber les croûtes que l'on ramollit avec de la vaseline et un cataplasme; c'est affaire de quelques heures. Appliquer ensuite un pansement humide, et s'opposer à l'auto-inoculation. Quand les pustules d'ecthyma ne sont pas trop nombreuses, l'emplâtre rouge est très commode. Il ne faut pas se borner, comme on le fait souvent, à recouvrir chaque pustule d'un petit carré d'emplâtre, qui se décolle à chaque instant; l'occlusion ainsi faite est illusoire; il faut appliquer l'emplâtre en bandelettes imbriquées, et les protéger avec de l'ouate et une bande. Tout ecthyma bien traité doit guérir en quelques jours.

Si le malade est diabétique ou syphilitique, le traitement général doit marcher de pair avec le traitement local.

5. Rupia. Il a disparu du cadre dermatologique; mais on entend encore prononcer le nom de temps à autre, et il faut savoir ce qu'il signifie. C'est Bateman qui, le premier, a parlé de rupia; il ne dit pas d'où il a tiré le mot. Quelques auteurs ont voulu combler cette lacune et dérivent rupia de ῥύπος ου (τὸ) (crasse, ordure); rien n'autorise à soupçonner Bateman d'une dérivation aussi fantaisiste (1). Il nous paraît probable que rupia vient de *rupes, is* (fém.), Lorry dit (pag. 81) que la peau est souvent hérissée de croûtes qui se soutiennent mutuellement à la manière des roches «... *rupium ad instar sese mutuo excipientibus* ». Est-ce ce passage de Lorry qui a inspiré Bateman? Nous ne pouvons l'affirmer. Quoiqu'il en soit, les auteurs willaniques appelaient rupia des croûtes épaisses, rocheuses, reposant sur des ulcérations. Hors de là ils ne s'accordaient plus sur la conception du rupia, mais peu importe. Une telle lésion appartient aux maladies les plus diverses : syphilis, tuberculose, pemphigus, impétigo, etc., et ne peut caractériser ni une espèce ni un genre. Le rupia n'a plus de place, plus de raison d'être dans le cadre dermatologique. On peut cependant comparer certaines croûtes à des roches et les appeler rocheuses ou rupiformes.

6. Furoncle. Le furoncle est presque toujours associé à l'ecthyma, et entre les deux, sur le même malade, on observe tous les intermédiaires.

Le furoncle est une petite tumeur dure, rouge, douloureuse, conique, dont la base arrondie, implantée dans le derme est large comme une pièce de 50 centimes ou de 1 franc; le sommet de la tumeur présente un petit orifice ou cratère par lequel s'élimine au bout de quelques jours le bourbillon formé de tissu conjonctif nécrosé.

Chez certains sujets les furoncles se multiplient pendant des mois, sur toutes les parties du corps, mais l'auto-inoculation sur un terrain favorable est la seule cause de la prétendue diathèse furonculaire. Le traitement comprend deux parties : traitement local pour calmer la douleur et empêcher l'auto-inoculation; traitement général pour modifier le terrain.

On remplirait plusieurs pages avec la simple énumération de toutes les drogues internes et externes qui ont été préconisées contre les furoncles. Des compresses d'eau fraîche ou d'eau boriquée qu'on recouvre de taffetas gommé et qu'on mouille de nouveau quand elles sont sèches, constituent le

(1). ῥύπος donnerait rhypia — l'*h* répondant à l'*esprit rudé* et l'*y* à *upsilon*.

pansement le plus efficace contre la douleur; elles doivent être fixées avec des bandes, et des soins de propreté doivent être pris pour éviter les inoculations.

Le diabète, la surcharge habituelle de l'estomac et l'auto-intoxication qui en est la conséquence, les émotions tristes souvent renouvelées sont les causes prédisposantes les plus actives des furoncles. La conduite à tenir dans les deux premiers cas est précise; nous nous sommes expliqué sur ce point à propos de l'eczéma.

(La fin au prochain numéro.)

Le traitement des suppurations péri-utérines par l'extirpation de l'utérus

Ecrire encore sur ce sujet après les discussions récentes de la Société et du Congrès de chirurgie, c'est certainement encourir le risque de ne pas être lu; mais nous venons de recevoir les thèses de MM. Lafourcade (1) et Malapert (2), et elles nous ont paru si intéressantes qu'il nous est impossible de ne pas en parler.

Elles traitent toutes deux de l'hystérectomie vaginale : l'une au point de vue du manuel opératoire, l'autre comme voie pour atteindre les suppurations génitales pelviennes. C'est de cette dernière que nous allons d'abord nous occuper.

Elle a été inspirée en partie par M. Richelot et résume la pratique des différents hystérectomistes de Paris. Elle a fait parler d'elle même avant sa publication, car M. Michaux a cité les chiffres importants qu'elle contient au dernier Congrès de Chirurgie.

M. Lafourcade, dans son introduction, commence par définir brièvement ce qu'on doit entendre par l'expression de suppurations utérines et les divisent en lésions suppurées des trompes comprenant elles-mêmes la salpingite aiguë purulente et le pyosalpinx ou kyste purulent de la trompe et des lésions suppurées de l'ovaire beaucoup plus rares, extrêmement rares. Entre temps il admet la pelvi-péritonite et l'abcès du ligament large. Après un mot du diagnostic il arrive à l'historique, puis il décrit l'opération du morcellement, les soins consécutifs de l'opérée et enfin les complications.

Nous passons rapidement sur toutes ces questions pour arriver aux chapitres véritablement intéressants de ce travail, aux résultats de l'hystérectomie vaginale et à leur comparaison avec ceux de la laparatomie.

Mais tout d'abord n'oublions pas de signaler que M. Lafourcade admet pour certaines maladies l'incision vaginale des foyers purulents péri-utérins, et estime qu'en s'en tenant à quelques cas bien précis, l'incision vaginale peut suffire; quand, notamment les collections sont unilatérales, que la poche est unique, sans cloisonnements, et que ses parois sont souples. On pourra donc, en pareille circonstance, commencer par ouvrir le cul-de-sac postérieur, ouverture qui sera le premier temps de l'hystérectomie vaginale et explorer aussi l'état des parties.

Quels sont les résultats opératoires de l'hystérectomie vaginale? En joi-

---

(1) De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines. Lafourcade. Thèse, Paris, 1893.

(2) Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. Malapert. Thèse, Paris, 1893.

gnant aux statistiques anciennes de MM. Segond, Doyen, Jacobs, Rouffaert, Acconci, dont les chiffres se montent à un total de 253 opérées, les statistiques récentes qu'a pu réunir M. Lafourcade et qui s'élèvent au chiffre de 138 interventions; l'auteur arrive à un total de 391 hystérectomies vaginales avec 34 morts, soit une mort sur 11,5 opérations, ce qui fait 8,66 p. 100 de mortalité et il ajoute : « Comment donc peut-on prétendre que l'hysté-« rectomie vaginale est dans le traitement des suppurations plus grave que « la laparotomie qui donne, nous le verrons, 15,2 p. 100 de mortalité ? »

Reprenant alors sa statistique personnelle, M. Lafourcade étudie et analyse les 17 cas de mort relatés dans ses 138 observations.

M. Richelot, sur 42 hystérectomies vaginales, a eu 37 guérisons et 5 morts. C'est d'abord une femme qui présentait une tumeur énorme dépassant l'ombilic et composée de kystes séreux transparents. Séance tenante, la laparotomie fut pratiquée. La malade mourut de choc. La laparotomie d'emblée aurait sans doute mieux réussi, nous avoue M. Lafourcade. La seconde mort est due à des poches purulentes disséminées en plein péritoine en même temps qu'autour de l'utérus et inattaquable complètement par l'une ou l'autre voie. Deux autres malades moururent de dépérissement et furent opérées dans des conditions déplorables. La cinquième succomba à une péritonite purulente.

Les 2 insuccès de M. Michaux, sur 17 opérations, furent dues : le premier, à une néphrite dont était atteinte la malade ; le second une septicémie péritonéo-intestinale. Sur les 12 opérées de M. Reclus, 1 seule mourut de choc. Bref, en défalquant des 138 interve tions 5 décès qui ne peuvent être imputés à l'hystérectomie vaginale, M. Lafourcade arrive sur 17 morts à 12 cas seulement où l'on puisse incriminer l'opération et ces 12 morts sont dues : 3 fois au choc, 3 fois à la péritonite, 2 fois à l'hémorrhagie, 1 fois à l'épuisement, 1 fois à une fistule stercorale, 1 fois à une laparotomie devenue nécessaire et faite 3 mois plus tard, et 1 fois à une broncho-pneumonie.

M. Lafourcade nous donne ensuite des chiffres intéressants. Dans les 138 observations ci-jointes on n'a fait que 34 fois l'extirpation intégrale des annexes et 83 fois aucune ablation n'a été faite ; ceci ne serait pas en faveur de la méthode, croyons-nous, car il nous semble, et c'est l'avis de beaucoup de chirurgiens, que si les annexes ne sont pas enlevées il se forme de nouvelles poches purulentes ; il est vrai qu'il n'est pas toujours possible de cueillir la trompe et l'ovaire au milieu des adhérences qui les entourent ou quand l'hémorragie opératoire a été trop abondante et force, l'utérus enlevé, à ne pas continuer. Quant aux laparotomies secondaires, elles sont au nombre de 3 et elles ont toujours été mortelles. « Peut-on invoquer, nous dit, M. La-« fourcade, un argument plus démonstratif en faveur de l'hystérectomie « vaginale dans les cas complexes ? Elle guérit toutes les malades chez « lesquelles la laparotomie a été impuissante et la laparotomie tue toutes « celles qui n'ont pas été radicalement guéries par l'hystérectomie vaginale.» Il y a là une légère exagération ; les choses ont pu se passer de la sorte dans les observations qu'a recueillies M. Lafourcade, mais il existe nombre de malades qui ont subi la laparotomie après avoir été privées, sans bénéfices, de leur utérus, et qui ont cependant guéri parfaitement après ouverture de l'abdomen.

Les résultats de la laparotomie forment un chapitre intéressant et comme nous l'avons dit, la statistique de M. Lafourcade, qui porte sur 380 opérations pour pyosalpinx, arrive à 322 guérisons pour 58 morts, soit une léthalité de 52 p. 100.

De l'étude à laquelle il se livre, l'auteur arrive pour la laparotomie aux conclusions suivantes : dans le cas de pyosalpinx c'est une opération grave. Il admet cependant que la mortalité est très faible pour les petites poches peu ou pas adhérentes ; que cette mortalité est de 25 p. 100 dans le cas de poches adhérentes difficilement ou pas énucléables, et de 50 p. 100 quand la laparotomie est faite pendant une poussée aiguë ou pour suppurations fétides, avec contamination du péritoine pendant l'intervention.

On ne peut pas dire que le tableau soit flatté ; mais les chiffres sont des chiffres et il est admis qu'on doit s'incliner devant leur autorité.

Cependant, pour rester sur le terrain de la laparotomie, nous sommes heureux de voir M. Lafourcade la recommander dans certains cas, même quand les lésions sont bilatérales et nous dire : « *N'opérer que par la laparotomie les poches purulentes même bilatérales, quand elles sont remontées dans la cavité abdominale et qu'elles ne présentent pas de prolongement périutérin.*

En creusant les questions, la lumière se fait petit à petit et cette formule est déjà loin de celle qui commandait l'hystérectomie vaginale toutes les fois que, les lésions siégeant sur les deux annexes, l'utérus était de ce fait devenu un meuble inutile. Cette règle absolue appliquant l'ablation de l'utérus à tous les cas où les deux côtés sont pris, nous paraît aussi intransigeante que celle qui veut la laparotomie à l'exclusion de l'hystérectomie.

Les hystérectomistes eux-mêmes, nous en sommes convaincu, reconnaissent que l'extirpation par l'abdomen a du bon dans certaines circonstances, et, il y a peu de jours, M. Paul Segond, l'apôtre de la voie vaginale, enlevait de la façon la plus démonstrative par l'ouverture abdominale un pyosalpinx du volume d'une pomme. Le hasard nous avait amené à la maison Dubois, dans le service de ce chirurgien, qui nous dit avoir affaire à une malade chez laquelle l'utérus avait été autrefois extirpé par morcellement et par un autre chirurgien et qui n'en portait pas moins une tumeur salpingée d'un joli volume, du côté droit, je dis du côté droit car à gauche M. Segond ne crut pas nécessaire d'enlever les annexes.

Pour revenir à la thèse de M. Lafourcade, examinons avec lui en terminant les indications de l'hytérectomie vaginale dans les suppurations périutérines.

Dans les cas de suppurations secondaires, c'est-à-dire coexistant avec un épithelioma du col, une fibrome utérin, un kyste de l'ovaire, l'indication est tirée des lésions accompagnant la suppuration et nous n'insistons pas.

Dans les suppurations dites primitives, quand elles sont diffuses, le seul traitement est l'hystérectomie vaginale, qui ouvre largement les collections, enlève « la bonde » et respecte les adhérences viscérales. Il en est de même dans les pyosalpinx bilatéraux complètement adhérents au petit bassin et aux organes voisins et qui ont déterminé autour d'eux de la pachyhéritonite.

La fistulisation de l'abcès, dans un organe voisin comme le rectum par exemple, commande aussi l'hystérectomie vaginale.

Pour les poches bilatérales paraissant enkystées, M. Lafourcade se

montre plus hésitant. La discussion entre l'hystérectomie vaginale et la laparotomie s'impose à l'esprit du chirurgien, nous dit-il, et il réserve l'extirpation de l'utérus pour les formes aiguës, pour les complications de rétroflexions adhérentes, ne faisant déjà plus de la bilatéralité des lésions, la condition qui commande l'hystérectomie et rien que l'hystérectomie et préférant même toujours la laparotomie à cette dernière, quand il s'agit de poches situées haut, sans rapport avec les culs-de-sac vaginaux.

Ce sont là, il nous semble, des déductions logiques, tirées de faits bien étudiés et de nature, par leur modération, à faire changer l'opinion des laparotomistes les plus convaincus.

Il ne nous reste plus grande place pour parler de la thèse de M. Malapert; elle a été aussi inspirée par M. Richelot et présente ceci d'important, c'est qu'elle décrit minutieusement les différents procédés qui peuvent être mis en usage quand l'utérus est mobile, quand il est adhérent, quand on l'enlève en totalité ou qu'on procède par morcellement. Les différentes techniques y sont discutées avec soin et la lecture de ce travail sera d'un grand secours pour le chirurgien, qui, livré à lui-même, aura à pratiquer pour la première fois, une hystérectomie vaginale.

Cette opération est souvent difficile, c'est vrai; mais cependant abordable pour tout chirurgien de sang-froid. Elle a, croyons-nous, une supériorité, c'est qu'elle est presque tout le temps extra-péritonéale et réclame une antisepsie, qui, quoique boîteuse, peut réussir. Il est loin d'en être de même dans la laparotomie pour pyosalpinx, où la moindre faute du chirurgien, qui manœuvre toujours en pleine séreuse, peut devenir mortelle pour la malade.

Eugène ROCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Les variétés cliniques du Brightisme

M. DIEULAFOY insiste de nouveau sur la dissociation possible des actes morbides du rein. Un malade, atteint du mal de Bright, peut ne pas présenter d'albuminurie et, d'autre part, on peut être albuminurique pendant des années sans souffrir même des petits accidents du brightisme.

On a récemment publié en Angleterre l'observation d'un malade, qui avait été examiné et condamné par Bright et qui est mort à 85 ans sans jamais avoir cessé de rendre de l'albumine.

Très souvent, dans certaines diathèses, à la suite de maladies infectieuses ou encore dans la chlorose, on trouve de l'albumine avec ou sans brightisme.

Les arthritiques, les goutteux rendent souvent un à trois grammes d'albumine par litre d'urine sans présenter aucun symptôme que l'on puisse rapporter à l'insuffisance rénale.

Consécutivement aux maladies infectieuses, à la pneumonie et surtout à la scarlatine, il est commun de trouver dans l'urine une petite quantité d'albumine qui persiste comme seul témoignage de l'atteinte extérieure du rein.

Le syphilo-brightisme n'a rien de rare. Au début de la maladie, l'albuminurie existe seule, puis, ultérieurement, souvent même lorsque l'albuminerie a disparu, il survient des céphalalgies, des refroidissement des extrémités que l'on met sur le compte de la syphilis tandis qu'il s'agit d'urémie.

Le chloro-brightisme mérite d'être bien connu. Il se manifeste par tous les symptômes de la chlorose et, de plus, les malades sont bouffis, ont les jambes enflées et il est facile, en les examinant avec soin, de découvrir les signes du petit brightisme. L'albumine est souvent absente des urines, souvent aussi elle se montre d'une façon intermittente, sa quantité ne dépassant pas 20 à 40 ct par litre; elle peut être le seul symptôme de la lésion rénale. Lorsque l'on traite ces chlorotiques par les viandes saignantes, le quinquina, le fer, on risque d'échouer; en effet, c'est le régime lacté que l'on doit prescrire et il donne de beaux succès. La guérison peut-elle être complète? Gubler en doute et M. Dieulafoy a vu à plusieurs reprises des chloro-brightiques, en apparence revenus à la santé, présenter des phénomènes d'urémie grave, à la suite d'un accouchement par exemple.

Il importe donc, lorsque l'on constate l'albuminurie avec brightisme, de se tenir sur le qui-vive et de recommander au malade d'éviter toute cause de lésion rénale.

— La dissociation de l'urémie et de l'albuminurie n'a rien d'étonnant, dit M. Lancereaux, car l'albuminurie n'est pas la maladie, mais un de ses symptômes qui peut parfaitement manquer dans certain cas. Un grand nombre des phénomènes que M. Dieulafoy range dans les manifestations du petit brightisme, pollakiurie, doigt mort, sont en réalité des symptômes de l'artério-sclérose, de cette lésion artérielle commune chez les goutteux et qui entraîne les altérations rénales.

Les chlorotiques qui ont des symptômes rénaux ont en même temps une étroitesse congénitale du système artériel, et on peut dire que c'est une des manifestations de l'hérédité de l'artério-sclérose.

Les lésions épithéliales que l'on observe du côté des reins au début de la syphilis ne sont qu'indirectement produites par le virus syphilitique; elles sont causées par le passage des toxines que fabrique l'organisme à cette période de la maladie. Plus tard, il s'agit de gommes de scléroses qui sont fort rares et n'entraînent qu'exceptionnellement l'urémie.

Pour M. Dujardin Beaumetz, la grande médication thérapeutique, dans le mal de Bright, est l'élimination des toxines. Il n'est pas toujours facile d'obtenir cette élimination. Heureusement que le foie « antiseptique » détruit une grande quantité des produits nuisibles fabriqués dans l'intestin et qu'il ne se présente au niveau du rein qu'un sang peu chargé en corps dangereux. Si le foie devient malade chez un brightique, l'urémie apparaît rapidement. Après le régime lacté, le régime végétarien est celui qui réduit au minimum la production des toxines.

Expériences sur un supplicié

M. Laborde lit un rapport sur un mémoire adressé par M. Fayel (de Caen). M. Fayel a provoqué des contractions de la face à droite en électrisant de ce côté. Cela tient à la propagation directe du courant au noyau de la base ou aux muscles.

Traitement médical des enfants idiots et arriérés

M. Bourneville lit sur ce sujet un travail dont voici la conclusion :

Le traitement chirurgical de l'idiotie repose sur une hypothèse que ne confirme pas l'anatomie pathologique.

La synostose prématurée des sutures du crâne n'existe pas dans les différentes formes

de l'idiotie. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on rencontre une synostose partielle.

Les lésions auxquelles sont dues les idioties sont d'ordinaire profondes, étendues, variées et partant peu susceptibles d'être modifiées par la crâniectomie.

Le diagnostic de la synostose des sutures et de l'épaisseur du crâne échappe jusqu'ici à nos moyens d'investigation.

D'après la plupart des chirurgiens, les résultats obtenus par l'intervention opératoire même sont légers, douteux ou nuls. Des accidents graves (paralysie, convulsions, etc.) et la mort peuvent s'en suivre.

Le traitement médico-pédagogique reposant sur la méthode imaginée par Séguin et perfectionnée par l'introduction de procédés nouveaux, appliquée judicieusement et prolongée un temps convenable, permet d'obtenir à peu près toujours une amélioration sérieuse et souvent même de mettre les enfants idiots et arriérés en état de vivre en société.

Le typhus des prisons

D'après M. Treille (d'Alger), il n'existe pas un typhus spécial des prisons ;

Le germe typhique ne naît point de toutes pièces dans les établissements pénitentiaires ; l encombrement pas plus que la famine ne le fait éclore ;

Il vient toujours du dehors, apporté par un prisonnier qui s'est trouvé en rapport avec quelques typhiques ;

Cependant, les faits observés à la prison de la Casbah peuvent donner l'éveil sur la possibilité d'un transport par l'air, par les vents balayant la poussière des déjections ou des immondices provenant d'un foyer typhique aux portes de l'établissement ;

Le germe évolue d'autant mieux dans les milieux misérables des prisons, qu'il y trouve des organismes en état favorable de réceptivité, que la maladie est méconnue à son début et que l'encombrement favorise d'autant plus la contagion ;

La maladie n'est pas contagieuse dans les quatre premiers jours au moins ;

Le typhus est une maladie que l'on peut éteindre à volonté, même dans un milieu surencombré, pourvu que le premier cas soit diagnostiqué dans les délais voulus de non-contagiosité, que l'isolement soit aussitôt pratiqué et que les plus rigoureuses mesures d'antiseptie soient prises.

FORMULAIRE

VERNIS CUTANÉS (Paschkis.)

I.	Amidon	27	grammes.
	Savon neutre	5	—
	Eau distillée	10	—
	Acéto-tartrate d'aluminium	5	—
	Albumine d'œuf	N° 1	
II.	Amidon	36	grammes.
	Savon neutre	5	—
	Eau distillée	18	—
	Acéto-tartrate d'aluminium	2	—
	Soufre (ou essence de petit houx)	5	—
	Albumine d'œuf	N° 1	

M. S. — Les vernis sèchent en 2 à 3 minutes ; l'enduit qu'ils forment est transparent.

(*Ther. Bl.*, 1893, p. 87 ; *les Nouveaux Remèdes*, n° 11, 1893.)

COURRIER

—

Lundi ont eu lieu, à Saint-Augustin, les obsèques du docteur Emile Vidal, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. Cette assemblée s'était fait représenter par plusieurs de ses membres, dont son secrétaire perpétuel, le docteur Bergeron et le docteur Cadet de Gassicourt. Un grand nombre de confrères et d'amis avaient tenu à accompagner M. Vidal jusqu'à sa dernière demeure, et, suivant sa volonté, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe. Le cercueil était couvert de fleurs. La Société de Dermatologie, dont il était le président, et l'administration de l'Assistance publique, avaient adressé à la famille de superbes couronnes, qui étaient portées par les infirmiers de Saint-Louis.

Médecins bavarois. — Le nombre des médecins exerçant en Bavière, au 1er janvier 1893, s'élève à 2,185, au lieu de 2,100, chiffre de l'année précédente. Sur ce nombre on compte 210 médecins officiels (Amtærtze), 106 médecins de districts suppléants, 265 médecins de chemins de fer et 121 médecins militaires faisant de la clientèle civile.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Mutations dans le corps de santé des colonies :

Médecins en chef : MM. Grall et Nivard iront servir au Tonkin, le premier en remplacement de M. Illy, et le second en complément d'effectif; Chédan est désigné pour servir à Diégo-Suarez, en remplacement de M. Cauvy.

Médecins principaux. — M. Devoti ira servir à la Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. Kieffer; M. Parnet est désigné pour servir à Taïti, en remplacement de M. Serez, promu.

Médecins de 1re classe : M. Portel est maintenu à la Guyane; M. Garnier servira à Nantes ; M. Merveilleux ira à la Guadeloupe, en remplacement de M. Guérin, arrivé au terme de la période de séjour réglementaire et qui obtient un congé administratif de six mois, à passer à la Martinique; M. Grall, précédemment désigné pour le Tonkin, ira, sur sa demande, servir au Soudan, en remplacement de M. Broni, arrivé au terme de sa période de séjour.

M. le médecin principal Siciliano est désigné pour servir en qualité de médecin-major du 2e régiment d'infanterie de marine, en remplacement de M. Kermorvant, destiné à la *Dévastation.*

M. le médecin de 2e classe de réserve Desmontils, parvenu au terme légal de son passage dans l'armée territoriale, est maintenu, sur sa demande, dans le cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

La démission de son grade offerte par M. le médecin de 2e classe des colonies Le Bot est acceptée, à compter du 15 juin.

M. le médecin principal Kermorvant, médecin-major du 2e régiment d'infanterie de marine, à Brest, est désigné pour faire partie de l'état-major du contre-amiral Gadaud, sur la *Dévastation,* comme médecin de division.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

DERMATOSES SUPPURATIVES (1)

Impétigo. — Ecthyma. — Rupia. — Furoncle. — Anthrax. — Sycosis. — Kérion. — Bouton de Biskra

Par M. le docteur TENESSON, médecin de l'hôpital Saint-Louis

(Suite et fin)

7. ANTHRAX. L'anthrax est un gros furoncle, ou le furoncle un petit anthrax. La tumeur de l'anthrax est dure, rouge, douloureuse, conique comme celle du furoncle, mais elle peut atteindre le volume du poing ; son implantation est plus profonde ; les orifices ou cratères du sommet sont multiples; la partie supérieure de la tumeur se transforme en eschare.

Les causes prédisposantes sont les mêmes que celles du furoncle ; il faut surtout se préoccuper du diabète. L'absence de glycose dans les urines n'est pas une raison suffisante pour le croire hors de cause. Il est des diabètes intermittents ; or les anthrax peuvent se produire pendant les intermittences de la glycosurie ; ils peuvent la précéder et la faire craindre. Le diabète azoturique prédispose comme le glycosurique aux anthrax et à ses équivalents pathologiques.

Quand les douleurs de l'anthrax ne sont pas trop vives, des compresses d'eau fraîche ou d'eau boriquée fraîche constituent le meilleur pansement. Au lieu d'acide borique on peut ajouter à l'eau, de l'acide phénique 1/200 ou du sublimé 1/1000, mais l'eau pure agit tout aussi bien. De grands soins de propreté doivent toujours être pris pour éviter les inoculations.

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis.

FEUILLETON

Une ancienne léproserie dans le Finistère

Je relisais dernièrement, tout à fait par hasard, une de ces scènes qui forcent le rire, où Molière a accumulé, contre la médecine de son temps plutôt que contre les médecins, les grosses plaisanteries dont le succès ne s'est pas démenti depuis deux siècles, c'était la consultation que donne au malade imaginaire sa servante Toinette, transformée en docteur pour la circonstance. A tous les symptômes complaisamment énumérés par le malade, la réponse est invariable : « C'est le poumon ! » Un bizarre rapprochement, une de ces associations d'idées dont la capricieuse fantaisie échappe à toute analyse m'obsédaient pendant cette lecture et, malgré moi, à chacune des réponses du faux médecin, tandis que mes yeux lisaient : « C'est le poumon », je croyais entendre : « C'est la lèpre ». J'aurais dû vous dire tout d'abord, pour ne pas avoir l'air de vous proposer une énigme, que j'avais parcouru auparavant les dernières communications de notre très honoré confrère Zambaco à l'Académie de médecine. — « La syringomiélie? — Juste-

Quelquefois les douleurs sont atroces, intolérables ; il faut alors essayer d'une vessie de glace en permanence. Si cela ne suffit pas, il faut chloroformiser le malade, inciser l'authrax en croix, du sommet à la base, presser les quatre fragments de la tumeur pour en expulser les bourbillons, et panser suivant les règles. Une telle intervention est rarement nécessaire; la plupart des anthrax guérissent avec des compresses d'eau fraîche, des soins de propreté et une hygiène convenable. Cependant le pronostic doit toujours être réservé, surtout chez les vieillards. Quelques-uns sont emportés par une septicémie secondaire. Voici comment les choses se passent. Un malade est en traitement pour un ou plusieurs anthrax ; la fièvre du début est tombée depuis longtemps ; il mange, digère et se promène dans sa chambre. Un jour, sans cause appréciable, la température s'élève de nouveau ; rien ne paraît modifié dans l'état local ; l'examen de tous les organes ne révèle aucune complication ; l'état général ne semble pas gravement atteint, Cela dure quelques jours, puis, tout à coup, les forces fléchissent, le pouls faiblit et s'accélère, les extrémités se refroidissent, et le malade meurt en quelques heures. Des substances toxiques produites dans l'anthrax et résorbées sont vraisemblablement la cause de ces accidents. Les anciens appelaient « malignes » les « fièvres » qui revêtent ainsi des apparences bénignes, puis changent inopinément d'allures et se terminent par la mort ; ils les comparaient au chien qui mord sans aboyer. Mais que faire en pareils cas ? Au début de notre pratique des maîtres éminents que nous avions appelés en consultation nous ont donné les conseils les plus opposés ; aujourd'hui nous n'hésitons pas sur la conduite à tenir. Quand la fièvre se rallume dans le cours d'un anthrax et ne peut s'expliquer par une maladie intercurrente, il faut se hâter d'inciser en croix la tumeur, du sommet à la base, presser et nettoyer les quatre fragments, renouveler le lavage plusieurs fois par jour et panser suivant les règles.

Comme traitement général, celui de toutes les septicémies graves : alimentation forcée, café, alcool.

L'alcool doit être donné aux doses où il stimule, réchauffe, doses très va-

---

ment, la lèpre. — Le mal de Morvan ? — La lèpre, vous dis-je. » Que notre honoré confrère veuille bien ne pas croire à une irrévérencieuse plaisanterie. J'admire très sincèrement le zèle, l'ardeur, la foi scientifique qui l'ont conduit des confins de l'Orient européen jusqu'à l'extrémité de la vieille terre d'Armor à la poursuite de la solution d'un problème de pure science. J'apprécie la persévérance, la ténacité, l'énergie, parfois, qu'il lui a fallu déployer; la méthode, le sens clinique, la sûreté et la rectitude de jugement dont il a fait preuve. Je lui suis même particulièrement reconnaissant des éloges qu'il a bien voulu donner à l'accueil tout confraternel, au concours loyal et empressé, à la complaisance aimable et jamais lassée rencontrée par lui chez ses confrères de Bretagne. Sans souhaiter qu'il ait définitivement raison contre mon vénéré compatriote Morvan, je suis très disposé à soutenir que ses théories sont parfaitement séduisantes et j'avoue que je penche de son côté. C'est au point que, fermant le livre dont la lecture m'avait suggéré une comparaison si saugrenue, j'ai pris le chemin de fer pour aller visiter un village que le Dr Zambaco a pris la peine de visiter lui-même pendant son voyage de recherches et où jadis une léproserie a existé.

Ce village, ou mieux ce hameau, est situé sur un plateau assez élevé, à deux ou trois kilomètres de la petite ville de Saint-Renan. Il se nomme *Quillimerrien*. Au premier

riables suivant les individus, et non pas aux doses où il refroidit. Nous proscrivons tous les agents antithermiques dans les états adynamiques; aux doses où ils abaissent la température, ils dépriment les forces. Vingt-cinq années de pratique nous autorisent à formuler sur ce point une opinion ferme.

8. Sycosis. Le mot sycosis jouit d'un privilège bien rare en dermatologie; il a gardé la même signification depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Les médecins grecs appelaient συκωσις εως (η) des nodules inflammatoires siégeant sur les régions à poils forts et aboutissant à la suppuration. C'est là du moins ce qui paraît résulter d'un passage de Celse (VI-III). On doit définir aujourd'hui le sycosis : une périfolliculite pilo-sébacée nodulaire suppurative des régions à poils forts.

Il peut occuper toutes les régions pilaires, pubis, aisselle; mais la barbe est son lieu d'élection. Quelques auteurs ont appelé *mentagre* le sycosis du menton, et même le sycosis, quelque soit son siège. Cette dénomination est heureusement tombée en désuétude; elle est inutile, et son origine est peu scientifique. Pline l'Ancien raconte que les Romains du temps de Tibère ont appelé par dérision *mentagra* (de mentum, αγρα) une affection qui envahissait la barbe, la face tout entière, le cou, la poitrine et les mains, donnant lieu à de la suppuration et à des furfures horribles (c'est Pline qui parle) Cette affection était sans doute de l'eczéma impétigineux, auquel du sycosis de la barbe a dû s'ajouter quelquefois.

Les nodules inflammatoires de l'aisselle et des autres régions pilaires auxquels on a donné le nom d'*hidrosadénites,* parce qu'on leur attribuait pour siège les glandes sudoripares, sont des périfolliculites pilo-sébacées et ne diffèrent pas du sycosis.

Ce qu'aux paupières on nomme *orgelet*, est un petit nodule sycosique et ne devrait pas porter un autre nom.

Comme toutes les dermatoses suppuratives, le sycosis est dû exclusivement aux organismes pyogènes de l'extérieur. Il peut débuter par des pustules d'inoculation, qui n'ont rien de spécial, ou succéder à de l'impétigo.

---

abord, rien n'indique au voyageur qui le traverse que cette agglomération de maisons soit une ancienne léproserie; rien n'y répond à l'idée qu'on pourrait s'être faite, *a priori*, de l'aspect et des dispositions que devaient présenter ces sortes d'endroits. Et, pourtant, la situation même du hameau, aussi bien que son apparence générale, diffèrent assez de ce qu'on est accoutumé à voir dans ce pays pour produire l'impression nette qu'on est en présence d'une chose à part et bien spéciale.

Dans cette contrée, qu'on pourrait définir un inextricable lacis de petites vallées pleines d'ombre, de fraîcheur et de sources, les gros bourgs seuls sont bâtis sur les lieux élevés, là où passent les chemins de grande communication. Les fermes isolées, les hameaux, tous les petits noyaux de population rurale se sont nichés au pied des collines, sous les grands ormes et les vieux chênes, à deux pas du ruisseau qui sautille en bruissant. Quillimerrien, au contraire, est construit sur un sommet, mais loin des grandes routes. Le lieu est désert et il est désolé. Les grands coups de vent de l'Océan qui balayent sans trève ces hautes terres ne permettent point aux arbres d'y croître. Ceux qu'on y trouve sont rabougris, tordus, tous couchés dans le même sens sous l'effort incessant de la tempête ; le frottement de l'air semble les avoir usés tous du même côté, comme des balais. De cet endroit, la vue s'étend sur une étendue considé-

Il se caractérise par des nodules durs, rouges, douloureux, sphériques, gros comme un pois ou comme une noisette; ces nodules présentent au sommet un ombilic répondant à l'orifice de la glande et caché par une croûte; ils sont plus ou moins saillants à la surface de la peau, mais se développent surtout en profondeur. Leur volume et leur consistance doivent être explorés par le toucher; quand ils occupent la barbe, si on saisit la joue ou la lèvre entre l'index introduit dans la bouche et le pouce laissé à l'extérieur, on a la sensation d'un noyau de cerise ou d'une noisette situé dans l'épaisseur des tissus. Ces nodules si durs en apparence sont souvent friables et tombent en miettes quand on les attaque avec la curette. Le pus qui les infiltre peut se collecter en foyer, et il en résulte de petits abcès fluctuants. Les nodules sycosiques peuvent aussi se résoudre sans suppuration.

Ils sont espacés, discrets, ou bien serrés les uns contre les autres. Alors toute la région envahie est rouge, mamelonnée; et si le malade ne se soigne pas, ces mamelons sont couverts de croûtes et de pus, ulcérés, végétants. Nous observons rarement aujourd'hui ces formes intenses du sycosis qui étaient plus communes, il y a vingt-cinq ans, à l'hôpital Saint-Louis.

Le sycosis est primitif ou secondaire; primitif quand il se développe d'emblée sur la peau saine, à la suite d'un coup de rasoir par exemple, secondaire quand il se greffe sur une lésion cutanée préexistante, eczéma, trichophytie, etc. Dans tous les cas ses caractères sont les mêmes; le sycosis consécutif à la trichophytie de la barbe ne diffère pas des autres. Nos maîtres enseignaient précisément le contraire; quelques explications sur le sycosis trichophytique sont donc ici nécessaires. C'est Bazin qui, le premier, l'a fait connaître. Il croyait que le trichophyton était la cause de la suppuration, et, à lire les auteurs modernes, on pourrait croire qu'ils pensent encore de même. Or, une telle opinion qui, du temps de Bazin, était naturelle, est aujourd'hui inadmissible, nous ne cessons de le répéter depuis plusieurs années. Si le trichophyton était pyogène, il ne ferait pas seulement du pus dans les follicules de la barbe, il en ferait aussi dans du cuir chevelu, chez les enfants dont le cuir chevelu suppure bien plus facilement

---

rable de pays; l'horizon n'y a guère moins de huit à dix kilomètres de rayon, chose tout à fait rare en une région aux paysages restreints, où la vue est partout bornée par les arbres, les talus, les coteaux toujours très proches. La seule chose qu'on ne découvre pas, en arrivant sur le plateau de Quillimerrien, c'est le village lui-même. On dirait qu'on l'a à dessein dissimulé aux regards; il est comme aplati, comme écrasé sur le sol.

Il se compose d'une trentaine de maisons toutes semblables. Deux ou trois d'entre elles seulement ont été, à une époque peu éloignée, restaurées, reconstruites et agrandies. Les autres se composent uniformément d'un rez-de-chaussée très bas, surmonté d'un toit surbaissé, couvert en ardoises grossières. Pour quelques-unes de ces maisons, la porte est l'unique baie dont leurs murs soient percés, mais la plupart sont en outre éclairées par une petite fenêtre carrée. Beaucoup sont contiguës, mitoyennes; il en existe, cependant, qui sont totalement isolées. Presque toutes sont flanquées d'un petit toit à porcs. Un certain nombre de modifications ont évidemment été apportées par la suite des années dans la topographie du village et en ont légèrement altéré le plan primitif, qu'il est toutefois assez facile de reconstituer. Les maisonnettes étaient bâties sur les trois côtés d'un triangle isocèle dont la base, un peu moins grande que la hauteur,

que celui de l'adulte. C'est par centaines qu'on observe à l'hôpital Saint-Louis, chez les enfants, la trichophytie du cuir chevelu. Or, voit-on souvent en pareil cas la suppuration des follicules pileux? On ne la voit pas une fois sur deux cents. Et que donne l'inoculation du pus d'un sycosis trichophytique? Elle donne toutes les dermatoses suppuratives, jamais de trichophytie. Donc, même en l'absence des données de la bactériologie, la clinique suffirait à démontrer que le trichophyton n'est pas pyogène, que le sycosis trichophytique est dû à une inoculation secondaire.

Voici maintenant pourquoi nos maîtres attribuaient au sycosis trichophytique des caractères particuliers. La distinction entre le sycosis et l'eczéma des régions pilaires n'était pas alors ce qu'elle est aujourd'hui. Les vieux eczémas de la barbe avec infiltration diffuse du derme étaient regardés comme des sycosis; l'eczéma pilaire, médian, sous-nasal de la lèvre supérieure avec infiltration du derme, était pour Bazin le type de ce qu'il appelait sycosis arthritique (1). Quant aux vrais sycosis, aux périfolliculites nodulaires, ils étaient tous regardés comme trichophytiques. Sans doute on n'y trouvait pas toujours le champignon, mais on admettait qu'il avait été détruit par le pus même auquel il avait donné naissance. La distinction entre le sycosis trichophytique et le non trichophytique était donc alors aussi tranchée que l'est pour nous aujourd'hui celle du sycosis et de l'eczéma.

Voici le traitement rapide que nous appliquons au sycosis de la barbe ;

1° Faire couper la barbe courte et tomber les croûtes.

2° Epiler. L'épilation s'impose dès le début dans tous les cas. Elle n'est pas aussi douloureuse qu'on pourrait le croire, et doit être terminée en une ou deux séances. Après l'épilation, cataplasmes de fécule froids.

3° Dès le lendemain, attaquer le sycosis avec la grosse curette tranchante.

(1) C'est M. Er. Besnier qui a fait rentrer cette affection dans l'eczéma, auquel elle appartient sans conteste.

---

mesure entre soixante-dix et quatre-vingts mètres. Une partie de l'aire de ce triangle est occupée par deux groupes de trois à quatre maisons disposées de manière à figurer, avec celles construites sur les côtés, des ruelles assez régulières. L'angle au sommet, resté libre et dégagé, figure la place publique de ce curieux hameau. Une croix en granit, très ancienne, qui était abattue depuis fort longtemps, a été relevée depuis peu de temps.

Le nombre, la régularité, on pourrait dire l'uniformité de toutes ces huttes, l'évidence d'un plan arrêté dans leur construction, dans leur alignement, tout, jusqu'à sa situation même, indique bien que le village a été construit de toutes pièces, en une fois, dans un dessein déterminé et suffirait à expliquer la surprise éprouvée par le visiteur accoutumé au cachet tout différent de nos agglomérations bretonnes. Ce qui vient, du reste, compléter l'étrangeté de Quillimerrien, c'est qu'à chaque maisonnette est adjoint un jardinet, très étroit, minuscule même et entouré de gros murs larges, très bas, trapus, faits en belles pierres de granit et que le temps n'a pu détruire malgré l'absence de tout entretien, l'oubli de toute réparation. A l'un des angles du hameau aboutit un reste d'avenue assez large, bordée de chênes, comme on en rencontre si fréquemment dans tout le pays, longue de deux cents mètres environ, elle débouche, de l'autre côté, sur

Tout le reste est du temps perdu. Nous ne pratiquons plus l'anesthésie locale. Les badigeonnages à la cocaïne sont illusoires en pareil cas. Les injections de cocaïne sont excellentes, mais demandent beaucoup de temps. Quant au stypage avec le chlorure de méthyle, il durcit et colore uniformément en blanc de neige tous les tissus, tissus sains et tissus malades ; il faut donc renoncer au stypage dans les opérations dermatologiques où la vue et le toucher doivent servir à quelque chose.

Le malade est couché sur un lit étroit ; un aide est indispensable pour éponger le sang et le pus, enlever les débris des tissus, vider la curette, tout cela vivement, sans interruption.

La curette doit avoir un manche épais, parce que ce manche doit être saisi à pleine main et non comme une plume à écrire. Il importe que la cuiller soit rapprochée du manche ; les curettes à longue tige sont ici très incommodes. Enfin, la curette doit être maniée rapidement, vigoureusement ; il ne faut pas craindre de trop enlever ; les débutants n'enlèvent jamais assez. Dans les parties malades dures au toucher, l'instrument entre comme dans une pâte molle et friable. Dès qu'on arrive sur les tissus sains, la main perçoit une sensation de résistance qui ne trompe pas. Les nodules sycosiques susceptibles de rétrocéder sans suppuration opposent une résistance semblable devant laquelle, bien entendu, il faut s'arrêter.

La douleur est assez vive, mais ne dure pas longtemps si l'opérateur a la pratique de la curette ; chaque année tous nos élèves l'acquièrent très vite. L'écoulement du sang s'arrête facilement avec de la ouate. On lave ensuite et on panse à l'iodoforme.

En deux ou trois minutes nous avons ainsi transformé le sycosis en une plaie simple, qui guérit dans le temps voulu pour une plaie simple. Plus le sycosis est intense, plus les effets de la curette sont brillants.

Le malade doit être prévenu que le traitement laissera après lui des plaques d'alopécie cicatricielle indélébile. Elles sont le résultat de la suppuration qui a détruit les follicules et les papilles ; elle ne sont pas la conséquence de l'opération ; on les observe après les autres modes de traitement

---

la vieille route de Saint-Renan au Conquet, aujourd'hui délaissée. Cette belle allée d'arbres, en tout semblable à celles qui avoisinent les vieux manoirs et évoquant, comme elles, des images de splendeurs oubliées, n'est pas une des moindres bizarreries de cet ancien bourg de lépreux et le contraste entre ce vestige de riche libéralité et la réalité persistante de la misère est vraiment frappant. Il éclaire d'une vive lumière le vieux passé et le fait revivre un instant, dans la pensée de celui qui voit ces choses, avec une singulière intensité. De ces portes entr'ouvertes sur l'obscurité des cabanes, on ne serait pas surpris de voir sortir quelque lépreux se nouant, sur la bouche, son voile noir et on se surprend à épier, dans le silence des ruelles le grincement d'une crécelle.

La population actuelle de Quillimerrien n'est pas pour détruire l'illusion que la vue du village a fait naître. A l'exception de trois ou quatre familles de cultivateurs aisés qui se sont implantées là très récemment, tout le reste est un ramassis de malheureux et de mendiants. La plupart travaillent à la journée dans les fermes des environs ; beaucoup ne vivent que d'aumônes, existence facile dans une région où le pauvre est partout bienvenu, où un grand nombre de maisons ont leur jour de charité, leur jour de distribution d'aliments et de menue monnaie, où nulle part on ne refuse la paille de la grange à celui qui demande un gîte.

Encore une fois, la curette bien conduite n'enlève que ce qui est déjà détruit par le pus ; mais elle enlève en quelques instants ce qui sans elle mettrait des semaines ou des mois à s'éliminer. Contre les nodules sycosiques qui résistent à la curette et qu'elle doit respecter, parce qu'ils peuvent rétrocéder sans suppuration, le meilleur traitement consiste en badigeonnages à la teinture d'iode, deux ou trois fois par jour.

Le sycosis étant guéri, il reste à traiter l'affection primitive : eczéma, trichophytie. Contre la trichophytie de la barbe, la teinture d'iode est encore le meilleur traitement; pour ce qui regarde l'eczéma, nous renvoyons à ce que nous avons longuement exposé précédemment.

9. Kérion. C'est à tort que le kérion est appelé kérion de Celse, puisque Celse lui-même dit que les Grecs l'ont ainsi nommé à cause de sa ressemblance avec un rayon de miel. « A favi similitudine κηρίον a Graecis nominatur ». (V, xxviii, 3). Il a été complètement négligé par les auteurs willaniques et même par les auteurs d'une époque plus récente. C'est à partir du travail de M. Leloir sur les « périfolliculites suppurées et conglomérées en placards » (*Ann. de derm.*, 1884, p. 437), qu'il a pris rang dans le cadre dermatologique. M. Pallier (*Th. de Paris*, 1889) a étudié la même affection sous le nom de « périfolliculites suppurées agminées en plaques ».

Le kérion est exactement le même sur les régions à poils forts, sur le dos de la main par exemple et sur le cuir chevelu. Il n'y a pas la moindre distinction à établir entre les deux localisations, soit sous le rapport des symptômes, soit sous celui du traitement.

Le kérion, comme le sycosis, consiste en périfolliculites pilo-sébacées suppuratives, mais les caractères de la lésion sont bien différents dans les deux cas. Le sycosis forme des nodules durs, sphériques, gros comme un pois ou comme une noisette ; le kérion a la forme d'un macaron; cette comparaison très heureuse appartient à M. Leloir. Le sycosis se développe surtout en profondeur ; le kérion surtout en hauteur. La base d'implantation est peu profonde et ne dépasse pas le derme ; elle a les dimensions d'une pièce de monnaie ou même de la paume de la main ; son bord net tranche sur

---

Les habitants de Quillimerrien sont, de nos jours, cela va presque sans dire, indemnes de lèpre. Venus on ne sait d'où et plusieurs fois renouvelés d'ailleurs, ils ne sont certainement pas les descendants des lépreux qui ont autrefois occupé leur hameau. Et cependant on retrouve dans les sentiments nourris et exprimés à leur égard par la population de Saint-Renan et des environs un reste de la répulsion et du mépris qu'on éprouvait pour les *kakous* à une époque antérieure. Les gens près desquels on s'informe de ce village perdu et du chemin à suivre pour s'y rendre, manifestent d'abord un prodigieux étonnement, puis sourient doucement, comme pris de pitié pour une folie inoffensive qu'il ne faut pas contrarier et, enfin, ils vous renseignent à peu près. La vieille brave femme à qui je m'étais adressé dans ce but n'était même plus bien sûre de la route à prendre. Elle n'était allée à cette cour des miracles, comme elle disait, qu'une seule fois dans sa vie et il y avait de cela quarante-six ans.

Dire qu'il n'y a plus de lépreux à la léproserie n'est pas absolument exact, en ce sens qu'il y reste un descendant avéré des anciens kakous. C'est un homme de soixante-cinq à soixante-dix ans, au teint et aux yeux roux, aux cheveux broussailleux et fins de couleur fauve, imberbe, presque dépourvu de sourcils et de cils, les poignets un peu tordus, les doigts presque en griffe. Il est marié mais n'a pas d'enfants. Il exerce la

les parties voisines; le plus souvent il est régulièrement circulaire. Quand on a débarrassé la tumeur des croûtes et du pus, elle apparaît tantôt rouge pâle, tantôt rouge brun; sa surface convexe est criblée de petits orifices qui répondent aux follicules pilo-sébacés. Si l'on presse latéralement le kérion, par ces orifices on fait sourdre du pus comme d'une pomme d'arrosoir. Une telle lésion ne ressemble à rien d'autre, et il est impossible de la méconnaître quand on l'a vue une fois.

Chez les malades qui ne se soignent pas, la surface de la tumeur peut être couverte de croûtes, baignée de pus, ulcérée, végétante. L'évolution du kérion abandonné à lui-même ou traité par les méthodes ordinaires est très lente. Exceptionnellement il peut prendre une marche envahissante, serpigineuse. Presque toujours la tumeur est unique.

Le kérion est primitif ou secondaire; primitif quand il se développe sur la peau saine; secondaire quand il se développe sur une lésion préexistante, en particulier sur de la trichophytie. Dans les cas très rares où une plaque de tondante se complique de périfolliculites suppurées, c'est presque toujours un kérion qui se développe et non un sycosis; au contraire, la trichophytie de la barbe se complique de sycosis bien plus souvent que de kérion. Primitif ou secondaire, il est dû exclusivement à l'inoculation des organismes pyogènes de l'extérieur.

On lit dans les travaux les plus récents publiés sur la matière, que le kérion est une affection souvent rebelle et difficile à traiter, dont la guérison demande des semaines ou des mois. Voici la méthode de traitement rapide que nous employons et préconisons depuis plusieurs années.

Si la lésion occupe une région pilaire, il faut raser les cheveux ou les poils autour de la tumeur sur une largeur de deux ou trois centimètres. Cela fait, nous attaquons le kérion avec la grosse curette tranchante. Il faut la manier comme pour le sycosis, vivement, vigoureusement. Toute la tumeur s'enlève comme une pâte molle et friable, et en une minute le malade n'a plus qu'une plaie simple qu'on panse à l'iodoforme et qui guérit dans le temps voulu pour la guérison d'une plaie simple. Que le kérion soit grand

---

traditionnelle profession des lépreux du pays : il est cordier. Il est inutile aussi d'ajouter que son industrie est devenue à peu près nominale et que les commandes n'affluent pas. Un seul client fait encore travailler ce pauvre diable, c'est l'église de Saint-Renan. Il a hérité de ses ancêtres, privilège qui remonte très haut dans le passé, de fabriquer la corde qui sert à sonner les cloches; mais comme cette corde ne s'use que très lentement, ses loisirs sont enviables.

Le curé de la paroisse de Plouzané-Loc-Maria, d'où dépendait la léproserie de Quillimerrien, possède sur ce sujet de volumineuses et probablement très curieuses archives où il serait intéressant de fouiller. Mais il faudrait pour cela des loisirs de kakous que je n'ai pas.

FORMULAIRE

NOUVELLE FORMULE DE POMMADE CONTRE L'ECZÉMA ET L'ACNÉ. — (M. Unna.)

Pommade de zinc	ââ. 10 grammes.
Lanoline	
Chlorure de calcium	
Soufre précipité	3 —

Mêlez. — Contre l'acné.

ou petit, primitif ou secondaire, ulcéré, végétant, serpigineux, peu importe, il ne résiste pas à la curette ; ou si les choses se passent autrement, c'est que l'instrument a été manié d'une main timide, inexpérimentée, c'est que les bords surtout n'ont pas été suffisamment grattés. Il faut alors faire dans une seconde séance de curetage ce qu'on n'a pas fait dans la première.

Quel que soit le traitement employé, tout kérion laisse après lui une plaque d'alopécie cicatricielle; le malade doit en être prévenu.

10. Bouton de Biskra, d'Alep, etc. Il a reçu presque autant de dénominations qu'il y a de localités où on l'a rencontré.

Les dermatoses suppuratives de notre climat s'observent aussi ailleurs et ne doivent pas y porter un autre nom. Cependant, il paraît exister une espèce de périfolliculites agminées propre aux pays chauds ; nous ne la voyons que rarement à Paris, et toujours sur des malades qui l'ont contractée dans les pays chauds.

L'organisme pyogène qui la produit vient de l'extérieur; l'inoculation ou l'auto-inoculation en est la cause unique.

Tous les auteurs disent que sa durée peut être de six mois, un an, quel que soit le traitement employé. Nous avons des raisons de croire que notre méthode de traitement rapide du sycosis et du kérion donnerait ici les mêmes résultats ; mais nous sommes tenus à une grande réserve sur une affection dont nous n'avons vu à Paris qu'un petit nombre de cas, et que nous avons traitée loin du pays où elle avait pris naissance.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

C'est la lecture du procès-verbal qui a donné lieu à presque toutes les discussions de la séance du 21 juin. Le salol a d'abord eu les honneurs de la tribune. M. Reynier lui reconnaît une valeur incomparable dans les infections rénales tout au moins comme aseptique, c'est-à-dire comme s'opposant à la pullulation des germes, s'il n'est pas antiseptique, c'est-à-dire capable de les détruire. Nous ne nous opposons pas à ce qu'on ait foi dans ces qualités. M. Tuffier non plus, à ce qu'il paraît, car il ne prend pas la parole sur cette question incidente, ayant du reste donné mercredi dernier son avis sur ce sujet.

M. Reclus vient ensuite nous donner l'observation ayant trait à un appendice enlevé et présenté par lui dans la dernière séance. Au mot d'appendice, nous voyons plusieurs mains se lever pour demander la parole et nous avons cru un moment que la discussion sur cette question passionnante allait reprendre de plus belle. Elle s'est arrêtée pourtant, mais non sans avoir mis en lumière quelques points intéressants. Et tout d'abord M. Reclus se montre partisan de l'intervention dans les appendicites à rechutes. Il n'en veut pour preuves que l'observation de son malade, âgé de 32 ans, traité deux fois par les médecins qui le considéraient comme guéri et qui eut une troisième attaque nécessitant une intervention, légitimée par la présence d'un abcès à la face postérieure de l'appendice. Là se trouvait une cavité considérable entre la fosse iliaque et le péritotne épaissi; cavité

remplie d'un pus qui ne se serait jamais résorbé. La résection de l'appendice et le drainage de la cavité amenèrent une guérison prompte et facile.

Elle est donc innocente, cette intervention. Elle est nécessaire quand la gamme de gravité s'accentue à chaque rechûte et de plus la formation du pus peut ne pas être reconnue, car on a l'habitude de se fier pour ce diagnostic à l'élévation de la température et le malade de M. Reclus n'a jamais eu de fièvre. Il n'avait pas non plus de perforation et pourtant un abcès s'était formé. Enfin, il faut savoir que l'appendicite tuberculeuse serait moins rare qu'on ne le pense. M. Cornil, qui travaille particulièrement cette question, a pu reconnaître comme bacillaires des appendicites considérées comme purement inflammatoires.

Ce sont là des faits nouveaux mis en relief par M. Reclus, qui se demande si son malade un peu suspect n'était pas entaché de tuberculose.

Nous venons par la bouche du chirurgien de la Pitié, de donner l'opinion des interventionnistes dans l'appendicite à rechutes ; mais il existe dans la savante Société un autre parti, celui des abstentionnistes, qui est représenté cette fois d'abord par M. Lucas-Championnière. Ce chirurgien estime que l'opération n'est pas toujours nécessaire et cite de nombreux cas de guérison durable à la suite d'un traitement médical approprié. Celui du chirurgien de Saint-Louis diffère totalement de la pratique ordinairement commandée. Au lieu de prescrire l'opium et les sédatifs de l'intestin, il donne au contraire des purgatifs et cela lui a réussi à merveille et, chose bizarre, principalement dans les cas qui simulaient des symptômes d'occlusion intestinale.

Pour donner de la force à ses arguments, M. Lucas-Championnière cite 5 cas dans lesquels nous relevons des guérisons datant de quatre ans, de trois ans et d'une année. Il faut avoir soin, pour obtenir ces résultats, de donner au malade une hygiène appropriée, de ne laisser jamais la constipation s'établir, au besoin d'avoir recours de temps en temps à de légers purgatifs. M. Verneuil cite deux autres fait en faveur de l'abstention, dont un chez un jeune garçon aujourd'hui âgé de 6 ans qui, depuis quatre ans, n'a pas eu la moindre crise. M. Reclus répond à ces différents arguments qu'il n'est pas absolu dans sa pratique, qu'il a aussi des malades qui depuis trois ans et un an sont restés sans crises, qu'il a voulu cependant appeler l'attention de ses collègues sur les apparences trompeuses d'une guérison qui peut paraître définitive et qu'il a voulu susciter la déclaration de nouveaux faits pouvant servir à déterminer le moment où l'opération s'impose.

Dans le cours de cette discussion, M. Nélaton nous a fait une remarque intéressante ; c'est que les cas graves, donnant naissance à une péritonite suppurée généralisée, n'étaient presque jamais précédés de crises antérieures, et il en cite trois observations concluantes. L'intervention doit être dans ces cas rapide et c'est ainsi qu'on obtient la guérison. M. Routier a aussi observé deux cas de péritonite généralisée d'emblée, simulant, comme chez les malades de M. Nélaton, des phénomènes d'indigestion ou d'obstruction intestinale ; mais l'intervention n'a pu venir à bout de lésions déjà très graves.

Il est certain, comme le fait remarquer M. Reclus, qu'une première crise grave peut déterminer une inflammation diffuse, tandis que si l'attaque est plus légère elle déterminera des adhérences qui formeront une barrière

défensive ; mais il ne faudrait pas conclure de ce fait que les crises subintrantes ne soient pas susceptibles de revétir des caractères d'une extrême gravité.

Après cette première discussion, on a procédé à la nomination des membres de la commission chargée de classer les candidats au titre de membres correspondants, et M. LARGER, qui a présenté mercredi dernier un malade, atteint d'aï douloureux, en profite pour venir défendre l'existence d'une gaine découverte par lui, reconnue par Farabeuf et située le long des radiaux. C'est dans celle-ci que siégerait toujours, pour M. Larger, la tenosité sus nommée.

La séance se termine par une communication de M. PICQUÉ, intéressante à un double point de vue, d'abord à cause de l'origine de l'affection; il s'agit d'une fistule urétérale consécutive à une opération d'hystérectomie vaginale, et ensuite à cause des lésions subséquentes et de leur traitement.

Cette fistule détermina, en effet, une pyélonéphrite ascendante avec tuméfaction du rein droit, accès fébriles et mauvais état général. Le point important était de bien établir le diagnostic et M. Picqué arriva d'abord, par une injection colorée et forcée à exclure la vessie ; à voir que c'était l'uretère, en faisant ingérer au malade une matière colorante qui bleuissait les urines et arriva même, avec l'endoscope électrique, à voir que l'abouchement de l'uretère droit ne laissait pas couler d'urine dans le réservoir vésical.

Ces précieux renseignements acquis, la nephrectomie lombaire fut décidée et pratiquée avec décortication sous-capsulaire. L'hématose fut faite à l'aide de pinces courbes mises sur le hile et laissées quarante-huit heures en place. Les suites opératoires furent nulles et la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

M. Picqué fait ressortir la bénignité des suites opératoires, malgré l'abandon dans l'abdomen d'un long trajet d'uretère infecté et la raison bien simple qui commandait la nephrectomanie de préférence à la greffe de l'uretère dans la vessie ou dans le rectum. Cette dernière, en effet, ne peut être tentée que lorsque le rein n'est pas infecté et il suppurait dans le cas que nous venons de rapporter.

Eugène ROCHARD.

BIBLIOTHÈQUE

GUIDE et QUESTIONNAIRE de tous les examens de médecine, suivi de programmes de conférences, pour la préparation à l'externat et à l'internat des hôpitaux.

par le docteur BERTON, 3e édition. — Paris, Alcan, 1893.

Il n'existe pas de programmes officiels des matières sur lesquelles sont interrogés les élèves en médecine, mais des traditions seulement que les examinateurs observent et qu'ils modifient suivant les transformations que subit la science. Cette 3e édition du *Guide et Questionnaire* du docteur Berton n'est donc pas la reproduction des éditions précédentes; le plan seul de l'ouvrage, qui répondait si bien aux nécessités de la préparation aux examens a été conservé. On a mis à la suite d'un certain nombre de questions les réponses données par les examinateurs eux-mêmes, quand celles-ci correspondent à des idées personnelles ; d'autres sujets, incomplètement traités dans les livres classiques, y sont développés. L'auteur donne en outre la série des questions écrites et orales proposées depuis plus de vingt ans aux examens de l'externat et de l'internat, ainsi que des programmes de conférences pour la préparation de ces concours, accompagnés d'indications bibliographiques sérieuses pour la préparation des différentes questions.

COURRIER

Concours pour des emplois d'aides de clinique aux Quinze-Vingts. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique à la clinique ophtalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts, aura lieu le lundi 24 juillet 1893.

Pour tous les renseignements : S'adresser à l'Asile des Quinze-Vingts.

Un député étudiant. — Tous les journaux politiques annoncent avec grand bruit que M. Goyon, député, vient de subir avec succès son examen de médecine opératoire.

Il préfère la profession médicale à la députation. Il est toujours temps pour bien faire.

Prix Chevallier. — M. Frédéric Chevallier a légué à l'Académie de médecine un titre de rente destiné à créer un prix de 6,000 francs qui sera décerné tous les 2 ans à l'auteur français du meilleur travail sur la phtisie et son traitement.

Faculté de médecine de Lille. — M. Dutilleul est maintenu pour un an, à partir du 1er janvier 1894, dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique.

Corps de santé de la marine et des colonies. — Une circulaire ministérielle du 15 juin contient les instructions suivantes relatives au classement des médecins auxilliaires de la marine à l'issue de leur stage dans les ports de Brest, Rochefort et Toulon :

Le classement sera établi par un jury d'examen unique, qui sera le même que celui chargé du concours d'admission à l'École principale de Bordeaux : un directeur de service de santé, président; un médecin en chef ou principal; un pharmacien en chef ou principal. — La composition du jury sera, d'ailleurs, ainsi modifié dans chaque port : pour les examens des médecins, le pharmacien sera remplacé par un des deux médecins du port chargés du cours des stagiaires.

Les médecins auxiliaires de 2e classe subiront trois examens : un écrit, sur un sujet de pathologie exotique, d'hygiène navale ou de chirurgie d'armée; un clinique, comprenant l'observation de deux maladies : l'une de clinique externe, l'autre de clinique interne, et des interrogations facultatives sur le cas observé; deux opérations, dont une ligature d'artère, avec interrogation sur l'anatomie des régions opérées.

L'examen écrit sera passé simultanément dans les trois ports, le même jour que celui des étudiants candidats à l'École de Bordeaux.

Les examens écrits auront lieu, cette année, le 2 août, de huit heures à midi. Le jury sera convoqué à Paris, le 7 août, pour la correction des épreuves écrites.

Les épreuves orales commenceront le 21 août, à Rochefort, où le jury se rendra tout d'abord. Elles devront être terminées le 15 septembre au plus tard.

La promotion au grade de médecin titulaire de 2e classe sera faite suivant l'ordre du classement définitif déterminé par le jury, en totalisant pour chaque candidat, les trois quarts des points obtenus à la sortie de l'Ecole de Bordeaux avec le quart de ceux qui lui auront été attribués en dernier lieu, à la suite des épreuves des mois d'août et septembre 1896.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

L'ENCOMBREMENT DES HOPITAUX

Bien des fois nous nous sommes élevés contre cette habitude funeste de l'administration hospitalière entassant dans ses services, au détriment de l'hygiène, au grand dommage de ses malades, des lits supplémentaires en nombre d'autant plus grand que ses chefs de service, placés entre leur conscience professionnelle et un devoir d'humanité, se montraient moins ardents dans leurs protestations.

Le corps médical tout entier a, d'ailleurs, réclamé maintes fois contre cette pratique du brancard qui, excusable en certaines circonstances, telles qu'un hiver plus rigoureux, que l'extension inopinée d'une maladie saisonnière, ne saurait constituer une habitude, encore moins une règle permanente dans les hôpitaux..

En fait, cependant, cet état de choses est devenu constant ; ce n'est plus aujourd'hui qu'une question de plus ou de moins, quelque soit l'époque de l'année ou les conditions de la santé publique ; et si en hiver le nombre de ces brancards atteint le chiffre énorme de 1,493 comme en janvier dernier, il ne descend jamais au-dessous de 6 à 700 pendant la saison estivale.

Encore si l'administration prenait, à l'égard des malheureux qu'elle hospitalise dans ces conditions, les précautions, les soins d'aménagement nécessaires, le mal, quelque déplorable qu'il soit, trouverait encore quelqu'atténuation. Contrainte de subir cet encombrement, elle témoignerait des efforts tentés pour sortir d'une situation qu'elle réprouve le meilleur parti possible.

Mais il n'en est malheureusement rien. Soit insuffisance de matériel, soit plutôt, à notre avis, répartition défectueuse de ce matériel, il arrive parfois — et nous avons pu le constater, — que des malades, reçus en excédent du nombre de lits réglementaires, ne trouvent pour s'étendre qu'un matelas jeté à terre.

D'autre part, le fameux « brancard », cadre de bois tendu d'une toile ne constitue, grâce au défaut de soins, qu'un coucher défectueux, car, emmagasinés dans des locaux où s'entassent quantité d'autres objets de toute nature et de toute provenance, ces brancards en sont tirés au fur et à mesure des besoins et mis en service sans que les plus simples mesures de désinfection ou même de propreté soient prises pour les débarrasser au moins des parasites. Donc, aux inconvénients de l'encombrement des salles on ajoute le risque d'infection.

Certes, notre intention n'est pas de faire, dans la circonstance, le procès de l'administration, en la rendant uniquement responsable de cet encombrement qu'un devoir moral lui impose et qu'elle entretient certainement à regret. Les causes en sont ailleurs.

Elles proviennent surtout du mode d'admission qui ouvre trop souvent les portes de l'hôpital à des malades qui pourraient, sans inconvénient, être traités chez eux ou qui, atteints d'affections contre lesquelles l'art médical

est sans ressources victorieuses, viennent occuper, pendant de longs mois des lits qui eussent été si utilement attribués à des malades aigus.

Le remède à cet état de choses, si fâcheux au point de vue de l'hygiène, si ruineux pour l'administration hospitalière, réside dans la création d'établissements spéciaux servant d'exutoire aux services actifs de nos hôpitaux pour cette masse de 1,800 à 2,000 infirmes, incurables, etc., qui, sous le nom de chroniques, s'inscrutent dans nos salles, protégés contre les chefs de service eux-mêmes par ces considérations de pitié qui arrêtent constamment leur main prête à signer l'exeat.

Ce remède, l'administration l'aurait compris s'il faut en croire les renseignements qui nous sont donnés; bien plus, elle l'aurait adopté car elle s'occuperait, paraît-il, de construire aux environs de Paris, dans les larges espaces disponibles de son hospice de Brévannes, situé entre Boissy-Saint-Léger et Villeneuve-Saint-Georges, un hôpital-hospice de 700 lits environ, représentant une partie d'un vaste plan d'ensemble dont la réalisation complète permettra d'hospitaliser en ce lieu, près de 3,000 de ces malheureux surnommés les *patraques* des hôpitaux.

Le projet général comprend en effet la création, sur une superficie rectangulaire d'environ 6 hectares, de quatre grands quartiers distincts, élevés à chaque coin du rectangle dont le milieu est occupé par une construction centrale, réunissant toute la machinerie nécessaire pour le service de tous les bâtiments.

Chaque quartier, comportant quatre bâtiments placés en carré autour d'une cour centrale, occupera une surface d'un hectare et abritera, comme nous l'avons dit plus haut, environ 700 infirmes ou chroniques.

Un seul quartier serait aujourd'hui en construction, la dépense, évaluée à un chiffre voisin de 3,000,000, étant trop importante pour que l'on puisse réaliser le projet dans ses grandes lignes.

Les salles des bâtiments que l'on érige actuellement offriront, avec $8^{m}50$ de largeur et $4^{m}25$ de hauteur, un cube d'air de 40 mètres cubes par malade; le chauffage en sera assuré au moyen de la vapeur.

C'est également la vapeur qui sera employée pour la cuisson des aliments. Détail à noter, chaque quartier aura sa cuisine indépendante qui desservira les réfectoires au moyen de wagonnets spéciaux formant réchauds et au moyen de monte-plats.

Toutes ces données, bien que fort générales, témoignent d'efforts sérieux pour assurer des conditions satisfaisantes d'hospitalisation. Un point surtout nous a paru intéressant à noter, c'est le procédé adopté pour l'évacuation des eaux vannes

Ce procédé, que nous sommes loin de critiquer et qui constitue une innovation dans un aménagement hospitalier, consiste dans l'épandage.

Il était, paraît-il, impossible de relier l'établissement à un égout quelconque, sans des frais excessifs; d'autre part, l'envoi dans un puisard des déchets liquides d'un hospice aussi considérable présentait, en dehors d'une dépense fort élevée, des inconvénients qu'il est facile d'entrevoir. Dans ces conditions, l'administration, avec une décision fort louable, a pris le parti de tenter un mode nouveau. Elle a passé avec un propriétaire dont les terres, très favorables à l'épandage, se trouvent distantes de 2,500 mètres au moins de l'hôpital, un traité à long terme lui conférant le droit de dé-

verser toutes ses eaux ménagères. Elle n'aura ainsi qu'à construire la canalisation indispensable sur une longueur de 2,500 mètres pour se débarrasser, au loin, de tout ses excreta liquides que le propriétaire utilisera.

Nous sommes heureux de voir l'Assistance s'engager dans une voie qui ne peut être que profitable aux intérêts qu'elle a mission de servir. La création d'un hôpital-hospice destiné à débarrasser les salles de tous les chroniques qui les encombrent au détriment des malades aigus, est un pas considérable fait sur la route du progrès. C'est, du reste, la première condition à remplir si l'on veut améliorer le mode d'admission actuel et, comme nous l'avons dit dans un récent article consacré à l'examen du projet de réforme de l'assistance à domicile, toute modification, à cet égard, quelque désirable qu'elle puisse être, ne saurait devenir réalisable que le jour où aura cessé l'encombrement de nos hôpitaux.

HYGIÈNE

—

BULLETIN SANITAIRE

Choléra. — La marche du choléra, dans le Midi de la France, justifie, jusqu'à présent, le pronostic favorable que nous portions il y a quinze jours (1), malgré la brusquerie de l'invasion et le nombre des localités envahies.

Il est en pleine décroissance à Alais, grâce aux mesures de désinfection prises par le docteur Mosny, délégué du ministre de l'intérieur. Les quartiers les plus insalubres ont été nettoyés à fond ; on y a répandu à flots le phénol et la chaux vive. Les fêtes de bienfaisance et la cavalcade qui devaient avoir lieu le dimanche 11 juin ont été renvoyées, par le préfet du Gard, à une époque ultérieure. Un voiturier d'Alais est allé mourir du choléra à Besèges ; mais la maladie ne s'est pas répandue dans cette petite localité et le docteur Mosny espère que le bassin houiller qui entoure Alais sera préservé.

La situation ne s'est pas aggravée à Montpellier. A la date du 21 juin, il y avait eu 19 décès cholériques, dont 7 en ville et le reste à l'hôpital (2). Presque tous ces derniers provenaient de l'asile d'aliénés qui a été fermé jusqu'à nouvel ordre, à la suite de la visite du préfet. Le conseil municipal a voté 25,000 francs pour la construction immédiate de baraquements à la campagne du Château-d'O, pour recevoir les aliénés et 5,000 francs pour parer aux premières dépenses de désinfection.

La commission des logements insalubres a visité toute la ville et pris les mesures d'assainissement et de nettoyage qu'on devrait bien prendre en tout temps, dans cette grande ville, sans attendre l'avertissement des épidémies. L'eau coule à torrents dans les ruisseaux. Déjà le maire avait invité les boulangers et les limonadiers à ne plus se servir de l'eau suspecte

(1) *Union médicale* du 13 juin 1893. N° 69, p. 826.

(2) Du 16 mai au 23 juin, il y a eu, dans le département de l'Hérault, 197 décès répartis dans 29 communes.

que fournissent les puits de la ville ; mais la commission des logements insalubres a pris un parti plus radical, elle les a fait fermer et elle a bien fait.

Il y a eu quelques cas de choléra à Toulon. Le docteur Thoinot y a été envoyé par le comité consultatif d'hygiène pour faire une nouvelle enquête sur l'état sanitaire de ce grand foyer d'épidémie. Il a visité la ville en compagnie du préfet du Var, du sous-préfet, du maire de Toulon et du commissaire central. Des mesures ont été prises pour faire disparaître les principaux foyers d'infection. Le conseil municipal a tenu plusieurs réunions dans lesquels il a cherché les moyens pratiques de procéder à l'assainissement de la ville. C'est la quatrième fois, depuis une trentaine d'années, qu'on fait cette tentative. Lors de l'épidémie de 1884-1885, plusieurs projets furent mis à l'étude ; l'un d'eux eut même l'assentiment de M. Brouardel ; mais, l'épidémie terminée, les projets ont été oubliés et Toulon est toujours aussi infect que par le passé. Il en sera de même, vraisemblalement, cette fois, mais il faut espérer que la ville ne sera pas aussi cruellement éprouvée qu'en 1884, où il y a eu 971 décès du 20 juin au 15 novembre. Cette année, dans tout l'arrondissement, on ne compte que 150 décès cholériques depuis le 1er janvier.

A Cette il n'y a eu que des cas isolés ; mais on a compté 20 décès à Florensac depuis le 16 mai, les écoles publiques ont été licenciées ; on y a envoyé une étuve à désinfection.

Tout cela, comme on le voit, n'est pas bien menaçant, et le choléra s'éteindra vraisemblablement dans le Midi de la France, comme il l'a fait en Bretagne. D'après le compte rendu fait par M. Monod, au comité consultatif d'hygiène publique, le 19 juin, il n'y a eu que quatre décès dans le Morbihan, depuis le commencement du mois. Le dernier a eu lieu à Gavres le 14 juin, et aujourd'hui Lorient délivre des patentes nettes.

Enfin, on n'en a pas compté un seul cas à Paris depuis quinze jours.

La situation n'est pas aussi rassurante en Arabie. Il y a eu 673 décès cholériques à la Mecque du 8 au 17 juin.

En présence de l'épidémie qui sévit dans l'Yémen et dans l'Hedjaz, on a pris les mesures quarantenaires spéciales au pèlerinage. Les passagers égyptiens resteront quinze jours à Djebel-Tor, et trois jours à Razmallap, avant d'être admis à la libre pratique. Les bâtiments qui n'auront pas à leur bord d'Egyptiens et qui auront des patentes nettes, feront une quarantaine de quinze jours à Djebel-Tor, avant de passer le canal. Le gouvernement ottoman vient de prohiber le passage de la frontière turque aux pèlerins persans qui se rendent à la ville sainte de Kerbellah dans l'Irak-Arabi.

Typhus. — L'épidémie de typhus peut être considérée comme finie. Le 23 juin il n'y avait plus que 13 malades à l'Hôtel-Dieu annexe. Il n'y a pas eu de décès la semaine dernière.

A Lille, il n'y a plus que 6 malades à l'hôpital. Le lazaret dont nous avons annoncé la création dans notre dernier bulletin sanitaire a produit les meilleurs résultats, d'après ce que M. Chantemesse a déclaré au Comité consultatif d'hygiène. Il n'y a plus eu de typhiques venant de l'extérieur. Quelques cas disséminés se produisent encore dans le quartier Saint-Laurent. L'épidémie a complètement disparu de la prison de Beauvais, mais on en a constaté un cas dans les environs de Jouy-sous-Thelle, il y en a eu

également, d'après les informations parvenues à M. Proust, quelques cas à Saint-Ouen et trois ont été mortels; on en a constaté un à l'hospice de Pont-Audemer, un à Tonnenc et un à Mondescourt (arrondissement de Beauvais).

Cette petite épidémie n'aura été, en somme, comme nous le disions en commençant, qu'un incident médical, qu'une curiosité pathologique et cependant elle contient un avertissement qu'il importe de faire ressortir en finissant, puisqu'il est vraisemblable que nous n'aurons pas à revenir sur le typhus.

L'étude très suivie à laquelle l'évolution de cette maladie a donné lieu, vient d'être résumée d'une façon très complète par M. Netter dans un rapport qu'il a lu au Comité consultatif d'hygiène publique, le 12 juin dernier (1). De l'étude de tous les documents qu'il a compulsés, il résulte pour lui la preuve que le typhus a marché de l'ouest vers le nord, qu'il est parti de la Bretagne et qu'il a pris naissance dans le village de Carnoët (Côtes-du-Nord).

Depuis les beaux travaux du docteur Gestin, on sait que le typhus est endémique en Bretagne et qu'il y existe toujours quelques petits foyers en activité. L'épidémie à laquelle nous venons d'assister n'est que l'extension d'un de ces foyers et la conclusion qu'il faut en tirer au nom de la prophylaxie, c'est qu'il faudra surveiller et tâcher de faire disparaître ces sources d'épidémies. « L'existence endémique du typhus en Bretagne, dit M. Netter, « constitue un danger national et la France entière est intéressée à faire « disparaître une maladie qui de la Bretagne peut gagner nos frontières du « nord et de l'est. » Tous les hygiénistes approuveront cette conclusion.

Diphtérie. — Cette maladie attire depuis quelque temps l'attention par une série de petites épidémies sans aucune liaison entre elles, qui se manifestent dans différentes villes du pays Il en règne en ce moment une à l'Ecole de santé militaire de Lyon. Il y a eu une vingtaine de cas parmi les élèves et l'un d'eux a été suivi de mort. Un premier décès avait eu lieu au mois de janvier et on avait pris à cette occasion les mesures nécessaires. Cette fois on ne s'en est pas tenu là et l'école a été licenciée, conformément à l'avis de M. l'inspecteur général Léon Colin. Les élèves ne rentreront que lorsqu'une désinfection complète de l'école aura été pratiquée.

Cette recrudescence de la diphtérie a donné un intérêt tout nouveau au côté bactériologique de la question. Depuis les travaux poursuivis par MM. Roux et Yerson dans le laboratoire de M. Pasteur, tout le monde admet l'existence et la signification du bacille qui porte le nom de Löffler, bien qu'il ait été découvert par Klebs; mais Hoffmann et aujourd'hui Löffler, ont reconnu qu'à côté de ce microbe, il en existait un second auquel ce dernier a donné le nom de bacille pseudo-diphtéritique.

En Allemagne, tout le monde, sauf Frankel, admet cette dualité, mais en France, on admet que ce ne sont que deux états d'un même bacille, plus ou moins virulent suivant les circonstances dans lesquelles on l'observe. C'est l'opinion de MM. Roux et Yerson, Morel et Martin. Cette opinion basée sur la transformation possible d'un bacille virulent en un bacille relativement

(1) Netter. Rapport sur l'épidémie typhique de 1892-1893, en France. (*Journal officiel*, nº du 14 juin 1893.)

inoffensif diminue la valeur pathognomonique de ce bacille, rend le diagnostic de l'origine diphtéritique plus difficile et l'isolement moins facilement applicable.

L'école de Lyon persiste à ne pas admettre la signification séméiologique du bacille, et dans cette ville, on continue à séquestrer tous les malades atteints d'angine en même temps que les diphtéritiques reconnus, s'ils ont eu des rapports avec des malades atteints de cette terrible affection.

Il en résulte qu'ils la contractent dans ce rapprochement forcé et que la maladie étend ses ravages. Un médecin de cette ville, le docteur Rabot, fait pourtant exception avec deux de ses confrères (1). Il cultive depuis deux ans le bacille de Löffler, et se sert des cultures pour établir le diagnostic différentiel des angines bacillaires qui tuent dans près de la moitié des cas et de celles qui ne sont pas bacillaires et qui ne causent la mort qu'une fois sur dix, distinction qui, au dire de Baginski, n'est pas possible cliniquement (2).

Nous rappellerons que le docteur Tezenas du Moncel, l'un des deux médecins de Lyon qui partagent les idées de M. Rabot, a exposé récemment, devant la Société médicale de cette ville, la méthode à laquelle il a recours pour l'examen bactériologique des fausses membranes diphtéritiques et que l'*Union médicale* a reproduit cette communication (3).

Variole. — Nous avons signalé, il y a un mois, les ravages de la variole en Angleterre, l'extension qu'elle y prend depuis deux ans, et qui sont la conséquence des progrès faits dans l'opinion, par la *Ligue antivaccinale.*

L'épidémie continue à sévir avec la même violence et l'on craint aujourd'hui qu'elle ne s'étende à tout le royaume.

Il existe également à Paris une petite recrudescence de la maladie. Elle a causé 12 décès depuis 15 jours. Le préfet a donné des ordres pour faire revacciner les habitants des maisons dans lesquelles il y a eu des varioleux et ceux des maisons voisines. Ils s'y prêtent de la meilleure grâce du monde.

On a vacciné 5 enfants et revacciné 127 personnes. On va faire de même à Pantin, où il y a eu 4 décès. De plus, M. Lozé a prié le préfet de la Seine de ne pas attendre les vacances pour faire opérer les revaccinations dans les écoles de la ville.

Ces mesures trouvent partout le meilleur accueil dans la population. Les tendances à l'égard de la vaccine ne sont pas les mêmes des deux côtés de la Manche.

Tandis que l'Angleterre repousse la vaccine, que le nombre des membres du Parlement réclamant l'abrogation de la loi qui la rend obligatoire va grandissant chaque jour, nous entrons de plus en plus en France dans la voie opposée.

Depuis quelques années, la déclaration par les médecins des maladies épidémiques est à l'ordre du jour. Elle se discute partout, mais, dans le principe, elle ne devait s'appliquer qu'aux maladies pestilentielles, elle ne visait que les fléaux meurtriers. On ne s'en est pas tenu là et la liste

(1) Rabot, médecin à l'hospice de la Charité, Lyon et le bacille de Loffler. (*Lyon médical* du 18 juin 1893, n° 25, p. 211.)

(2) Baginski, *Arbeiten aus dem Kaiser und Kaiserin. Friedrich. Kinderkrankenhause in Berlin 1891*, p. 181.

(3) *Union médicale* du 20 juin 1893, n° 72, p. 862.

des maladies que les médecins seront tenus de déclarer s'est considérablement accrue. Elle vient d'être officiellement dressée par le Comité consultatif d'hygiène publique, et elle ne renferme pas moins de 13 espèces.

Il faut se féliciter qu'elle soit enfin fixée parce qu'il est vraisemblable qu'on ne se serait pas arrêté à ce chiffre fatidique et qu'on aurait été plus loin. A une époque où la liste des maladies contagieuses s'allonge chaque jour de quelques unités, il n'y a pas de raison pour ne pas étendre, à tout le cadre, la mesure sur laquelle on compte pour arrêter les épidémies. En attendant, voici la liste du Comité consultatif d'hygiène:

1° Choléra et affections cholériformes,
2° Fièvre typhoïde,
3° Dysenterie épidémique,
4° Typhus exanthématique,
5° Erysipèle
6° Infection purulente puerpérale,
7° Diphtérie (angine couenneuse, croup),
8° Variole,
9° Rougeole,
10° Sarlatine,
11° Coqueluche,
12° Suette,
13° Ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Il y aurait bien des choses à dire sur cette liste, mais nous préférons attendre la discussion qu'elle ne peut pas manquer de faire naître au sein de l'Académie de médecine, à laquelle elle a été transmise mardi dernier.

REVUE DE L'HYGIÈNE

Dans sa séance de vendredi dernier, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a entendu la lecture d'un important rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur les asiles de nuit. Nous en rendrons compte lorsqu'il aura été discuté :

La constatation du bacille typhogène dans l'expectoration des typhiques a rappelé de nouveau l'attention du Conseil d'hygiène sur le danger que présentent les crachats surtout dans les voitures publiques et dans les bureaux des stations. Le Conseil d'hygiène et de salubrité avait chargé une commission de lui faire un rapport sur ce sujet M. Ollivier en a donné lecture à la dernière séance et, après discussion, le Conseil a émis le vœu que le préfet de police imposât aux Compagnies des Omnibus le nettoyage quotidien des voitures ainsi que leur lavage antiseptique et qu'il fit afficher dans les omnibus, les tramways et les bureaux des stations, un avis ainsi conçu : *Il est interdit de cracher sur le parquet.*

La filtration de l'eau et le choléra. — La *Semaine médicale*, dans son numéro du 21 juin, publie la traduction d'un travail original et encore inédit du professeur Koch (de Berlin), sur la filtration de l'eau au point de vue de la prophylaxie du choléra. C'est un mémoire très étendu et qu'il est difficile de résumer en quelques lignes. Nous allons pourtant essayer de le faire.

Le professeur Koch commence par se défendre de toute opinion exclusive, il n'est ni un *fanatique* ni un *théoricien de l'eau* ; mais il reconnaît qu'elle a joué un rôle considérable dans la dernière épidémie de choléra. La façon dont la malade s'est comportée à Hambourg, à Altona et à Wandsbeck est à ce point de vue essentiellement instructive. Wandsbeck boit de l'eau filtrée qui lui vient d'un lac peu exposé à la pollution par les

matières fécales, Hambourg s'alimente d'eau de l'Elbe non filtrée prise en amont de la ville, et Altona consomme de l'eau de cette même rivière prise en aval mais filtrée. Or, tandis que la ville de Hambourg a été ravagée par le choléra, Wandsbeck et Altona ont été presque épargnés par le fléau. Il y a plus, des groupes de maisons habitées par des ouvriers, faisant partie de Hambourg, mais buvant de l'eau d'Altona sont restés indemnes au milieu de quartiers ravagés. Cette expérience faite sur une grande échelle, puisqu'il s'agit d'une agglomération de près de 800,000 âmes, donne un démenti formel dit le professeur Kock, à la théorie *tellurique* de M. Von Pettenkofer.

Les filtres d'Altona sont au sable, mais ils fonctionnent admirablement, dit le professeur de Berlin. Le processus de filtration à travers le sable n'est pas, ajoute-t-il, aussi simple qu'on le croit. Il est des eaux limoneuses qui couvrent promptement le filtre d'une couche imperméable et qu'il faut enlever, il en est d'autres qui passent trop vite, mais on peut poser comme règle générale que la couche de sable ne doit pas être inférieure à 30 centimètre et que l'eau doit traverser cette couche avec une vitesse d'environ 100 millimètres à l'heure. Dans ces conditions, l'eau la plus souillée ne doit pas renfermer, après filtration, plus de 100 germes par centimètre cube. Il faut donc que chaque filtre soit muni d'un appareil permettant de mesurer et de régler la vitesse de filtration, que l'analyse bactériologique de l'eau soit faite tous les jours et que l'on puisse exclure du réservoir destiné à la consommation toute eau qui a passé trop vite ou qui renferme plus de 100 germes par centimètre cube.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juin 1893. — Présidence de M. Fernet.

Mortalité de l'érysipèle

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Catrin (Val-de-Grâce) fait remarquer que, dans l'armée, la mortalité par l'érysipèle est loin d'être aussi grande que celle indiquée par M. Le Gendre. En effet, sur 1,355 cas d'érysipèle hospitalisés en 1889 il n'y eut que 15 décès, soit 1,1 pour 100 ; en 1890, sur 1,777 cas, 21 décès, soit encore 1,1 pour 100. Chez les malades de M. Le Gendre la mortalité s'est élevée à 6 pour 100. Cette mortalité plus considérable tenait sans doute au mauvais état général des malades ; l'influence du terrain est donc très importante dans le pronostic de l'érysipèle.

M. Le Gendre croit que le terrain joue, en effet, un très grand rôle ; la plupart des malades qu'il a soignés à Saint-Antoine étaient alcooliques ou atteints d'affections diverses, du cœur, du foie, des reins, etc. Un fait qui vient à l'appui de cette opinion, c'est la fréquence chez ces malades, au cours de leur érysipèle, de suppurations quelquefois considérables, qui sont au contraire exceptionnelles chez les individus dont l'état général est bon. Il n'est pas étonnant que la mortalité soit moindre dans l'armée puisqu'elle se compose d'hommes jeunes et robustes.

Les réflexes pupillaire et rotulien à la période algide du choléra

M. Galliard : Dans un travail sur « les mouvements pupillaires dans la période algide du choléra au point de vue du pronostic », Coste, de Marseille, était arrivé aux conclusions suivantes :

1° Tant que, dans la période algide du choléra, les pupilles, contractées ou dilatées, restent mobiles, on peut émettre, quelle que soit la gravité des symptômes, un pronostic favorable ;

2° Lorsque, dans la période algide, les pupilles, contractées ou dilatées, deviennent immobiles, le malade succombe toujours au cours de cette période ;

3° Lorsque dans la période algide les pupilles sont paresseuses, on peut dire que la réaction sera lente.

M. Galliard a entrepris des recherches sur le même sujet et ces recherches ont porté sur 161 cholériques algides, parmi lesquels 75 ont guéri et 86 ont succombé.

Sur 153 cas, les pupilles étaient :

Normales, 80 fois : 44 guérisons et 36 décès ;

Paresseuses, 30 fois : 15 guérisons et 15 décès ;

Immobiles, 43 fois : 12 guérisons et 31 décès.

L'immobilité pupillaire a donc une réelle importance pour le pronostic, puisque 12 malades seulement ont guéri tandis que 31 sont morts ; sur ces 12 malades, 10 ont été transfusés. Cependant tous les cholériques décédés n'avaient pas eu de l'immobilité pupillaire. Les conclusions de Coste ne sont donc pas justifiées. Voici celles de M. Galliard :

1° La mobilité pupillaire, sans avoir la valeur que Coste lui attribue, est un phénomène plutôt favorable.

2° La paresse des pupilles n'a guère de signification pronostique.

3° L'inertie pupillaire, symptôme peu fréquent, est un phénomène le plus souvent fâcheux.

M. Galliard a, en outre, examiné les réflexes rotuliens dans 153 cas (72 guérisons et 81 décès).

Ils étaient exagérés 7 fois : 7 décès ;

— normaux 61 fois : 38 guérisons, 23 décès ;

— affaiblis 15 fois : 9 guérisons, 6 décès ;

— abolis 70 fois : 25 guérisons, 45 décès.

On peut en conclure que :

1° L'exaltation du réflexe rotulien, phénomène rare, est fâcheuse.

2° La conservation du réflexe rotulien est plutôt favorable.

3° L'abolition du réflexe rotulien, phénomène existant dans la moitié des cas, est souvent défavorable.

M. Galliard a enfin cherché s'il existait une concordance entre l'état du réflexe rotulien et celui du réflexe pupillaire et quelle était la valeur pronostique de la conservation simultanée ou de la modification simultanée des deux réflexes ; d'après une statistique assez restreinte il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Sur trois cholériques algides conservant simultanément leur mobilité pupillaire normale et leur réflexe rotulien normal, deux sont destinés à guérir et un à mourir.

2° Sur trois cholériques algides simultanément dépossédés de leurs réflexes pupillaire et rotulien, on doit compter deux morts et une guérison.

M. Siredey demande si la transfusion amène une modification dans l'état des réflexes

M. Galliard répond qu'il a souvent observé que la pupille, immobile avant la transfusion, redevenait mobile peu de temps après.

Rhumatisme ourlien et endocardite ourlienne

M. Catrin rapporte 4 cas de rhumatisme ourlien ; il a observé, de novembre dernier jusqu'au 15 mai, 158 cas d'oreillons ; la détermination articulaire de l'affection est donc **très rare.**

Sur les 4 cas de rhumatisme ourlien, 3 se compliquèrent d'endocardite.

Voici les conclusions du mémoire de M. Catrin :

1° Il existe dans les oreillons des complications articulaires, mais c'est une rareté;

2° La localisation de ce rhumatisme est très variable; les genoux sont le plus fréquemment atteints, mais toutes les articulations peuvent être prises; de même aussi les gaînes synoviales. Comme dans le rhumatisme articulaire aigu, avant de se localiser, on voit des douleurs vagues siéger dans diverses jointures, puis enfin se fixer plus spécialement dans une ou plus souvent deux jointures;

3° Le rhumatisme ourlien est rarement une manifestation primitive de la maladie; il survient d'ordinaire plus tard que l'orchite et peut même arriver à une époque éloignée du début des ourles;

4° Les symptômes cliniques sont les suivants : le plus souvent, réaction locale peu vive; néanmoins, l'épanchement peut être assez abondant pour déformer l'article; la rougeur peut manquer. Les douleurs, d'ordinaire peu intenses, peuvent, en certains cas, immobiliser complètement le malade. La réaction générale sera parfois aussi intense que dans le rhumatisme articulaire généralisé. L'évolution est d'ordinaire rapide: 8, 12, 14, 26 jours, et se différencie nettement de celle de l'arthrite blennorrhagique et du rhumatisme articulaire aigu;

5° Comme le rhumatisme articulaire, comme le rhumatisme blennorragique, le rhumatisme ourlien peut se compliquer de lésions cardiaques. Le pronostic de ces cardiopathies semble peu grave; néanmoins, deux fois sur quatre, j'ai vu persister le souffle ;

6° Le pronostic du rhumatisme ourlien semble assez favorable;

7° La nature de ce rhumatisme nous paraît aujourd'hui nettement établie de ce fait qu'on retrouve, dans les épanchements intra-articulaires, le même micro-organisme que dans la sérosité parotidienne, le sang, la sérosité des œdèmes, l'épanchement dans la vaginale;

8° Il ne faut pas oublier que la possibilité d'arthrites suppurées devra toujours entrer en ligne de compte, quand on aura à faire le diagnostic d'une arthrite survenant pendant les oreillons.

Sur un cas de typhus exanthématique

M. Netter rapporte le cas d'une surveillante de nuit de l'hôpital Beaujon qui fut atteinte de typhus le 10 avril dernier ; quatre jours après on l'évacuait à l'Hôtel-Dieu annexe ; on y conduisait en même temps un infirmier du service de M. Millard, atteint lui aussi de typhus. Or, on put établir, d'après l'observation et la feuille de température, qu'un malade atteint de cette même affection était entré à Beaujon dans le service de M. Gombault à la fin du mois de février ; ce cas avait été méconnu.

La surveillante de nuit n'ayant approché ce malade que dans la nuit du 26 au 27 mars, on peut déterminer exactement quelle fut la durée de l'incubation ; c'est la moyenne classique de douze jours.

M. Netter pense que la contagion du typhus ne se fait pas, comme l'ont prétendu plusieurs auteurs, par les voies aériennes, mais bien par contact direct.

M. Thibierge vient appuyer cette dernière conclusion de M. Netter ; si le typhus se transmettait par l'air, tous les infirmiers des salles de typhiques, devraient en être atteints. Or les cas de contagion intérieure sont restreints. Depuis qu'il est chargé du service des typhiques à l'Hôtel-Dieu annexe, M. Thibierge n'en a observé que quatre, qui sont dus certainement à l'imprudence et à l'absence de précautions ; changement de blouses, lavages des mains et de la figure, etc.

M. Thibierge fait remarquer que, sur les quatre malades contaminés, deux faisaient le

service de nuit ; la surveillante et l'infirmier dont M. Netter a parlé, étaient également du service de nuit ; il en était de même d'un infirmier qui fut envoyé de Saint-Antoine. Or, les veilleurs prennent leurs repas dans l'office attenant à la salle et ils ne prennent pas les précautions voulues (antisepsie des mains) avant de manger.

Tous ces faits semblent prouver que le typhus, comme la plupart des maladies infectieuses, se transmet par contact direct et non par l'air.

M. Netter : Les cas de contagion intérieure sont rares. A l'hôpital de Mayenne, il n'y en eut qu'un seul ; le voisin de lit d'un typhique fut atteint de typhus ; les deux malades devaient très probablement se servir des mêmes objets. Dans l'épidémie du Val-de-Grâce, il n'y eut qu'un cas intérieur.

M. Laveran : En Crimée, les cas de contagion intérieure étaient fréquents ; tous les malades d'une salle étaient ordinairemenl atteints ; la contagion se faisait de voisin à voisin.

M. Rendu : Le premier cas de typhus de l'hôpital Necker ne fut pas diagnostiqué ; aucune précaution ne fut prise et il n'y eut pas un cas de contagion.

M. Netter pense qu'en Crimée la contagion se faisait par les infirmiers ou par les objets communs à plusieurs malades, crachoirs, urinoirs, etc.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 juin 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Sommaire : MM. Barbier : Sur un mode d'infection septique par le streptocoque dans la diphtérie. — Déjerines et Sottas : Maladie et tumeur suivie d'autopsie.

M. Barbier : Nous connaissons certains états résultant de l'association du streptocoque et du bacille diphtérique : l'angine diphtérique à types infectieux, la bronchite, la broncho-pneumonie en sont les manifestations habituelles.

La trachéotomie ouvre une porte nouvelle à ces infections, elle est le point de départ d'accidents nouveaux qui peuvent coexister avec les précédents ou être une localisation péritrachéale, phlegmons, abcès, érysipèle, etc...

A la place de ces suppurations franches, on rencontre quelquefois des phlegmons suraigus, septiques, et qui tuent le malade avant toute suppuration. Dans ce cas, on trouve à l'autopsie les lésions suivantes : A l'incision du cou les tissus crient sous le scalpel, la surface de la coupe lardacée laisse écouler une sérosité rougeâtre, tous les organes du cou sont englobés dans cette masse, au milieu de laquelle il faut pour ainsi dire, les sculpter.

Cette induration occupe toute la région antéro-latérale du cou et s'étend du menton au sternum au-dessous duquel elle se prolonge. On trouve alors, dans le médiastin antérieur, des traînées rougeâtres descendant le long des vaisseaux mammaires internes jusqu'au voisinage du diaphragme.

Au-devant du péricarde on rencontre trois ou quatre petits ganglions tuméfiés, rouges à la coupe et gros comme des noyaux de cerises.

La plaie trachéale est recouverte d'un exsudat grisâtre pseudo-membraneux, sans suppuration.

L'examen bactériologique donne des résultats identiques qu'on ensemence les exsudats de la plaie canulaire, la sérosité qui s'écoule du tissu lardacé du cou, le tissu cellulaire injecté, du médiastin ou des ganglions lymphatiques hypertrophiés ; c'est-à-dire des cultures de streptocoque, soit pur, soit associé au staphylocoque blanc ou à d'autres organismes dont le rôle est encore indéterminé ; mais jamais le bacille de Lœffler.

D'autres lésions indiquent la généralisation de l'infection, entre autres je signalerai des foyers de bronchopneumonie, de la pleurésie avec épanchement séreux ou rosé, des infarctus péritonéaux au niveau desquels l'examen histologique montre les vaisseaux trhromosés et remplis de microbes.

Quelle est l'origine de cette infection ?

On peut incriminer dans certains cas les doigts de l'opérateur, les instruments, le dilatateur et la canule surtout qui sont loin en général d'être aseptiques, une faute opératoire à la suite de laquelle on a produit avec le bec de la canule une dilacération des tissus, ou bien on peut songer à une hétéroinfection : contamination de la plaie dans l'atmosphère des pavillons de diphtérie et pendant le pansement.

Mais le plus souvent il s'agit d'une autoinfection. La plaie est contaminée par la sécrétion bronchique soit pendant, soit après l'opération.

Cette origine rend l'asepsie de la plaie trachéale bien difficile à réaliser dans la pratique.

En son nom et au nom de M. Portas, M. Déjerine fait une communication sur un cas de maladie de Thomsen suivie d'autopsie. Jusqu'à présent, les lésions de la fibre musculaire n'ont été écrites que d'après des fragments de muscles pris sur le vivant. Il s'agit, dans l'observation de M. Déjerine, d'un malade observé durant cinq ans à l'hospice de Bicêtre et qui présentait, depuis la naissance, une hypertrophie très marquée des membres inférieurs et du tronc. La raideur musculaire et la dicontraction lente apparaissaient à l'occasion des mouvements volontaires ; la sensibilité générale et spéciale était intacte, les réflexes tendineux conservés, les muscles présentaient la réaction de dégénérescence avec diminution de la résistance électrique et on constatait une réaction myotonique très nette. Ce malade succomba à des accidents infectieux et à une néphrite aigüe.

A l'autopsie, tous les muscles du corps, sauf ceux de la face, furent examinés, et l'on constata, surtout au niveau des muscles des membres inférieurs, des lésions anatomiques de la fibre musculaire consistant en une augmentation du diamètre des faisceaux, l'hyperplasie des noyaux qui se trouvaient disséminés au-dessous du sarcolemme. Le diaphragme présentait les mêmes altérations, mais on ne notait rien de semblable sur les fibres musculaires du cœur. Les nerfs péryphériques étaient dans une parfaite intégrité.

Il résulte de l'examen de ce fait que la maladie de Thamsen est une affection qui rentre dans le genre des myopathies et que le système nerveux n'entre point dans sa pathogénie.

COURRIER

LES JOURNAUX DE MÉDECINE EN RUSSIE. — D'après la statistique du Dr Diédouline il se publiait en Russie; pendant l'année 1892, 49 journaux médicaux. Pour le 1er janvier de cette année, leur nombre s'est élevé à 54, dont 35 à Saint-Pétersbourg, 3 à Moscou et 7 à Varsovie (6 en Polonais).

— L'épidémie de choléra de l'été dernier a coûté à la ville d'Astrakan la somme de 142,000 roubles (355,000 fr.) dont pas moins de 33,000 roubles, soit 24 0/0, doivent être mis sur le compte de l'occupation militaire de la ville par la troupe après l'émeute du 22 juin. *(Bull. Méd.)*

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Impr. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.

Sommaire

LA SCIATIQUE AVEC SCOLIOSE

La sciatique avec scoliose, bien connue en France depuis les travaux de Charcot, Babinsky et Souques, vient d'être, de la part du docteur Françon (d'Aix-les-Bains), l'objet d'une étude d'ensemble.

Le plus généralement, la scoliose est croisée (50 fois sur 67 observations réunies par M. Françon), le malade atteint de sciatique gauche, par exemple, inclinant le tronc du côté droit. Le poids du corps repose alors entièrement sur le membre inférieur droit et quelquefois il y a en même temps un léger degré de cyphose.

On a proposé de nombreuses théories pour expliquer la déviation du tronc. Après les avoir discutées, M. Françon se range à l'hypothèse de Charcot et Babinsky et admet avec lui que dans les cas de sciatique avec déformation du tronc, la partie supérieure du corps est inclinée du côté sain par suite d'une courbure dans la région lombaire à concavité trouvée du côté opposée au membre malade. C'est, suivant la comparaison de M. Brissaud, l'attitude hanchée que l'on prend normalement lorsque l'on se tient depuis un certain temps debout. Les muscles du côté malade ne peuvent plus se contracter comme à l'état normal, telle est la cause première de la déviation qui est d'autant plus accentuée que les douleurs sont plus vives. Chez certains malades, elle persiste même en repos, par suite d'une contracture, et, dans les cas de longue durée, il peut se produire des rétractions fibreuses et tendineuses. L'attitude des épaules et de la tête est extrêmement variable, dépendant des courbures de compensation très variables elles-mêmes.

Quelquefois, la sciatique s'accompagne d'une scoliose homologue signalé pour la première fois par M. Brissaud. Le tronc est alors incliné du côté malade mais le bassin se penche soit à droite soit à gauche, de telle sorte que le membre supérieur est tantôt raccourci et tantôt allongé. La marche devient très difficile, le malade ne pouvant reporter le poids du corps sur la jambe saine qu'en faisant saillir fortement la hanche du côté sain. Presque toujours il se produit des contractures ou des phénomènes spasmodiques dans le membre affecté. Se rangeant à l'avis de M. Brissaud, **M.** François admet que, dans ces cas, il s'agit d'une sciatique à forme spasmodique liée à un état de contracture reflexe des muscles innervés par le plexus lombaire et le plexus sacré du côté malade ; cependant il se demande si, dans ces formes spasmodiques, il n'y aurait pas extension du processus inflammatoire aux méninges rachidiennes. Du reste, dans tous les cas de sciatique avec scoliose homologue jusqu'ici publiés, il est facile de voir, en étudiant les observations, qu'il ne s'agit plus de sciatique essentielle mais soit d'une affection névralgique s'étendant à la fois aux plexus lombaire et sacré, soit d'une affection plus complexe avec peut-être participation des méninges rachidiennes.

Dans deux cas de Remak et d'Higier, la sciatique s'est accompagnée

d'une scoliose alternante. Dans le premier, le malade inclinait le tronc à volonté à droite et à gauche pour atténuer ses douleurs ce qui tenait pour Remak à une mobilité particulière du rachis ; le malade d'Higier avait une sciatique avec scoliose croisée et ce n'est qu'au moment des paroxysmes douloureux qu'il inclinait le tronc du côté malade.

Le massage est un des meilleurs traitements à employer dans la sciatique avec scoliose. M. Françon l'a combiné avec les bains de vapeur locaux ou généraux, les sudations et les douches à une température pouvant varier de 14 à 45 degrés, la formule du traitement variant selon les cas ; tous les malades ont guéri.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Sur le brightisme

M. G. Sée répond à la communication de M. Dieulafoy. Pour lui, l'albuminurie manque rarement d'une manière complète et permanente dans les néphrites Souvent elle a précédé le mal de Bright pour disparaître temporairement; mais elle appartient à l'histoire du malade. En aucun cas on ne doit nier d'une manière absolue la présence de l'albumine dans les urines que si on a examiné celles-ci à diverses heures de la journée.

Ainsi dans l'urine de la nuit et du matin, l'albumine manque dans tous les cas d'albuminuries fonctionnelles ou physiologiques; il en est de même dans les néphrites chroniques, surtout dans les néphrites interstitielles. Or, c'est précisément le matin que, chez nos malades d'hôpital, on a l'habitude d'analyser l'urine;

Dans les néphrites sans albuminurie avérée, les phénomènes décrits par Dieulafoy sous le nom de petit mal de Bright, particulièrement les troubles de l'ouïe, la sensation de doigt mort, la fréquence de l'urination sans diurèse ou pollakiurie, la sensation de froid, ou cryesthésie, n'ont rien de spécial et peuvent se retrouver dans une foule d'affections du système nerveux indépendantes du mal de Bright;

Il n'y a de valeur véritable que pour un signe, l'œdème de la face ou des membres inférieurs; la présence de cette hydropisie permet dès le début de reconnaître le mal de Bright latent, quand on a défalqué de cet œdème variable, l'œdème déclive (ou des membres inférieurs) provenant d'une lésion du cœur;

Un autre signe qui a été considéré comme appartenant spécialement à la néphrite latente, c'est l'hypertension ou l'hyperpression, affirmée comme de grande valeur par un grand nombre d'auteurs français et allemands. Or, jamais personne n'a pu mesurer la pression et les instruments employés dans ce but, surtout par M. de Barth (de Vienne) sont absolument infidèles et sans portée pratique ;

La seule manière ou la manière principale de reconnaître l'origine des petits ou des grands symptômes de Bright sans albuminurie, c'est la recherche de la toxicité urinaire imaginée par Bouchard. L'urine qui ne charrie plus les produits toxiques destinés à l'expulsion de l'urine qui paraît saine, est précisément la plus dangereuse ; elle indique l'impuissance fonctionnelle du rein ;

Un autre moyen de contrôle est tiré du bilan azoté des néphritiques ; chez tous les néphritiques on note d'abord une mauvaise absorption des aliments, et les sécrétions intestinales éliminent plus d'azote que normalement ; c'est ce qui fait que l'azote, c'est-à-dire l'urée apparaît en moins grande quantité dans les urines.

Il y a non seulement diminution de l'azote urinaire, mais il y a rétention d'urée ou d'azote dans les organes et dans les tissus qui se saturent d'éléments albumineux de décomposition.

Il y a un troisième phénomène remarquable, c'est le retard de l'élimination de l'urée; au lieu de paraître dans les urines quelques heures après l'introduction des aliments azotés, l'urée retarde vingt-quatre heures, quarante-huit heures, trois jours et ne reparaît totatement au dehors qu'au bout de ce temps.

Ce sont là des caractères négatifs, au même titre que l'altération du suc gastrique et les caractères chroniques de dénutrition précoce ou tardivedes Brightiques.

La goutte, la seule diathèse qui survit, ne donne pas lieu à la néphrite par le principe qui semble la dominer. Nous savons aujourd'hui, en effet, que l'acide urique qui caractérise, dit-on, la goutte, ne résulte pas d'une oxydation incomplète des tissus, il dérive des xanthines ou de leurs congénères, entre autres des nucléines ou nucléo-albumines provenant des globules blancs, et qui en se dédoublant forment l'acide urique, c'est donc une lésion non seulement exclusivement chimique comme on le croyait, mais elle est à la fois chimique et trophique.

Si donc la goutte donne lieu au mal de Bright, c'est en provoquant la formation de l'artériosclérose, qui a son tour peut atteindre ou le rein ou le cœur en sclérosant ces organes.

Le rein goutteux, c'est le rein sclérosé, il ne présente rien de spécial.

Ne confondons pas la goutte des reins avec la lithiase rénale qui est parfaitement indépendante dans la plupart des cas.

Le chloro-brightisme ne présente non plus rien de spécial; les signes du petit brightisme n'ont pas de valeur; on peut les expliquer, soit par la lésion artérielle (rétrécissement congénital des artères); soit par une lésion cardiaque concomitante. Sinon, on ne peut expliquer ces petits signes que par une superposition de la chlorose et du brightisme vrai, lequel se traduit, soit par l'albuminurie, d'ailleurs fréquente chez les chlorotiques, soit par l'œdème des paupières ou des pieds qui est encore plus caractéristique.

La cure lactée de l'albuminurie n'entraîne pas la diminution de l'albumine; le lait a d'autres propriétés, surtout alimentaires, par la caséine.

Le lait fortement phosphoté calcaire a une propriété bien étudiée récemment et très intéressante; c'est son action par l'acide phosphorique qui s'absorbe parfaitement et se retrouve ensuite nettement dans les urines; c'est à ajouter à la cure de lait qui est si générale et si mal interprétée, excepté par la propriété diurétique de son sucre de lait.

Le traitement de la fièvre intermittente

M. A. Treille: Dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire si, une fois la fièvre intermittente, quotidienne, tierce ou quarte coupée par le sulfate de quinine, il y aura ou non rechute.

Des fait nombreux montrent que certains malades ont été soumis pendant des semaines et même des mois aux traitements successifs ou préventifs et que cela n'a point empêché les rechutes ultérieures.

Etant donné que le sulfate de quinine, administré à dose unique, convenable appropriée à la nature du type, au début d'un accès, coupe toujours les accès suivants pour cinq jours au moins, et que des faits prouvent qu'une seule dose ainsi donnée a pu débarrasser le malade de sa fièvre, il n'y a plus lieu de recourir désormais aux traitements successifs ou préventifs pour le traitement des fièvres intermittentes à quinquina, le traitement occasionnel doit leur être substitué.

Il consiste à ne plus se préoccuper des rechutes, mais à les attaquer, chaque fois que l'occasion s'en présente, à leur début même, avec le spécifique.

On évite ainsi l'administration inutile du sulfate de quinine, soit par variation de type, soit par suite de jugulation spontanée de la fièvre.

Quatre-vingt-six fois, le sulfate de quinine donné occasionnellement a temporairement ou définitivement coupé la fièvre.

Grossesse extra-utérine.

M. Honzel lit l'observation d'un cas de grossesse extra-utérine avec laparatomie suivie de guérison. Le fœtus était au milieu des intestins auxquels le placenta adhérait. Ce dernier fut extrait peu à peu et il n'y eut jamais de fièvre.

Le typhus des prisons.

M. Barrault a observé un certain nombre de cas de typhus à l'infirmerie de la prison de la Santé. Il a vu l'incubation durer de 4 à 20 jours. Le début est brusque et l'éruption a habituellement un aspect rubéolique. Quelquefois elle est en taches lenticulaires rouge sombre. L'aspect pétéchial est de mauvais augure. La température baisse d'un degré au moment de l'éruption et la défervescence se fait en lysis. La mort ne se produit qu'à la période d'éruption. Le malade doit être maintenu le plus possible au grand air et les inhalations d'oxygène donnent de bons résultats.

— M. Verneuil commence sur le traitement du tétanos une communication dont il sera rendu compte, lorsqu'elle sera terminée dans la prochaine séance.

— M. J. Chéron lit une note sur la loi générale de l'hypodermie.

BIBLIOTHÈQUE

Traité d'Histologie pratique,

Par le professeur J. Renaut (L. Bataille et Cie, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine).

Le professeur J. Renaut vient de donner au public médical le second fascicule du tome Ier de son *Traité d'Histologie pratique.* Ce demi-volume, depuis longtemps attendu, traite des tissus entrant dans la constitution du squelette, de l'ostéogénèse, des systèmes musculaire, vasculaire, sanguin et lymphatique.

Continuant dans ce fascicule la méthode déjà employée dans le premier, M. le professeur Renaut a réservé à l'histoire des tissus et des structures d'organes, l'intégralité du texte courant. La technique, si importante aujourd'hui en histologie, est régulièrement exposée en notes. Le *Traité d'Histologie pratique* justifie ainsi son titre : il constitue à la fois un livre d'instruction et un instrument de recherche.

Sa place paraît donc marquée tout aussi bien sur le bureau d'un médecin instruit que sur la table de travail d'un laboratoire d'histologie normale ou pathologique.

Enfin, pour que cette œuvre ait toute la clarté désirable, le texte est illustré d'un grand nombre de figures, toutes originales et dessinées d'après nature sur les préparations de l'auteur.

Le tome II terminera l'ouvrage : il formera deux fascicules qui paraîtront dans l'espace de dix-huit mois.

Pathologie générale des Dermadoses

Aide-mémoire, par M. L. Brocq, médecin des hôpitaux et M. L. Jacquet, ex-interne de Saint-Louis.

Les dermatoses apparaissent à première vue comme des maladies qne le médecin peut lire à livre ouvert. Mais il s'en faut beaucoup que ce livre soit toujours clairement lisible, exempt d'énigmes et de pièges. Maladies externes, soit ; subjectivement appréciables, susceptibles d'être traitées par des moyens directs. Mais quel médecin ignore, bien plus, quel malade avisé ne soupçonne leurs liens étroits avec l'état général dont elles ne sont fort souvent qu'une des expressions morbides? Quelle n'est pas leur capacité, leur variabilité d'aspect, d'évolution et de réaction thérapeutique suivant les maladies ? Ces affections d'aspect plutôt chirurgical, sont par le fait, des affections essentiellement médicales ; et celui qui les connaît à fond a une supériorité marquée dans les pratiques de la médecine.

L'Aide-Mémoire de MM. Brocq et Jacquet sera très utile aux praticiens en leur fournissant les données symptomatologiques, thérapeutiques qui peuvent les amener à poser leur diagnostic et à formuler leur traitement.

Traité élémentaire de Pathologie générale

par Hallopeau. — Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Nous avons déjà eu l'occasion d'analyser l'ouvrage devenu classique de M. Hallopeau. Les nombreuses éditions qui se succèdent rapidement, montrent qu'il a trouvé auprès des médecins et des étudiants l'accueil sur lequel il était en droit de compter. Il est en effet impossible de résumer plus clairement et plus complètement l'immense quantité des faits qui constituent le domaine de la pathologie générale.

Les découvertes de M. Pasteur et de ses élèves nous ont permis de débrouiller le chaos des infections et des maladies miasmatiques, mais créée seulement depuis quelques années, la microbiologie est une science en voie d'évolution rapide. M. Hallopeau en a présenté un tableau complet, qui évite au médecin la lecture d'un grand nombre de mémoires originaux ; la judicieuse critique du maître a su, du reste, élaguer dans l'amas des travaux récents ceux que le prurigo publicandi toujours croissant, avait fait un peu trop hâtivement livrer au public.

L'école française peut revendiquer hautement la première place dans l'étude des maladies du système nerveux, aussi la séméiotique des troubles des fonctions de l'innervation a-t-elle reçue les développements qu'elle méritait.

Nous ne saurions enfin trop recommander la lecture des pages consacrées à l'exposé de la thérapeutique générale.

Le praticien trouvera là nombre de conseils judicieux qui doivent être le guide de toute la vie médicale.

Nous n'avons pas besoin de souhaiter à ce nouveau volume un succès dont il est sûr, M. Hallopeau n'a qu'à préparer d'ores et déjà la cinquième édition de son livre.

FORMULAIRE

IODOFORME DÉSODURÉ.

Iodoforme	98 0/0.5
Acide phénique	0 0/0.5
Essence de menthe poivrée . . .	1 0/0

(*Kor.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 1892; *Pharm. Ztng.*, 1893, n° 4, p. 31, et *Nouveaux Remèdes.*)

Acide salycilique contre les ténias. — *Ozegowski* (*Nov. lek.*, mars 1893) s'est trouvé bien de l'emploi de l'acide salicylique comme ténifuge. Après avoir jeûné toute la journée, le malade prendra le soir 30 grammes d'huile de ricin. Le lendemain, à sept heures du matin, on administrera de nouveau 15 grammes d'huile de ricin et ensuite, de huit à douze heures, toutes les heures 1 gramme d'acide salicylique, en tout 5 grammes. Le ténia n'est-il pas encore expulsé à une heure de l'après-midi, on donnera au malade de nouveau 15 grammes d'huile de ricin. L'auteur n'a échoué que dans 1 cas sur 20. Il semble être d'avis que l'acide salicylique n'agirait comme ténifuge que dans les cas où l'on n'aurait pas encore eu recours à un autre traitement.

(*Vratch*, 1893, n° 14, p. 398; *les Nouveaux Remèdes*, 8 juin 1893.)

TABLE DES MATIÈRES DU TOME LV

(TROISIÈME SÉRIE)

JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1893.

A

F

G

H

I

J

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Z

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Imp. Alcan-Lévy, rue Chauchat, 24.